

le **DCEM** en

Questions
Réponses

nouveau
programme

- mémos et mots-clés
- révisions et sous-colles
- bilan de connaissances

Richard DELORME
Bruno ÉTAÏN
Paul PICKERING

PSYCHIATRIE

ellipses

PSYCHIATRIE

04092
481-DE0104

Richard DELORME
Bruno ÉTAÏN
Paul PICKERING



Le programme de psychiatrie

Module 1. Apprentissage de l'exercice médical

- Question n° 1. La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale
- Question n° 9. Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office

Module 2. De la conception à la naissance

- Question n° 19. Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum

Module 3. Maturation et vulnérabilité

- Question n° 32. Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage
- Question n° 39. Troubles du comportement de l'adolescent
- Question n° 41. Troubles anxieux et troubles de l'adaptation
- Question n° 42. Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte
- Question n° 43. Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte
- Question n° 44. Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge
- Question n° 45. Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psycho-actifs et substances illicites
- Question n° 47. Bases psychopathologiques de la psychologie médicale
- Question n° 48. Grands courants de la pensée psychiatrique

Module 4. Handicap – Incapacité – Dépendance

- Question n° 52. Le handicap mental. Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice

Module 5. Vieillesse

- Question n° 63. Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé

Module 6. Douleur – Soins palliatifs – Accompagnement

- Question n° 70. Deuil normal et pathologique

Module 11. Synthèse clinique et thérapeutique – De la plainte du patient à la décision thérapeutique – Urgences

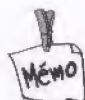
- Question n° 177. Prescription et surveillance des psychotropes
- Question n° 184. Agitation et délire aigus
- Question n° 189. Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte
- Question n° 191. Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique

Deuxième partie. Maladies et grands syndromes

- Question n° 266. Névrose
- Question n° 278. Psychose et délire chronique
- Question n° 285. Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive
- Question n° 286. Trouble de la personnalité
- Question n° 289. Trouble psychosomatique

**La relation médecin-malade.
L'annonce d'une maladie grave.
La formation du patient atteint
de maladie chronique.
La personnalisation de la prise
en charge médicale**

**Bases psychopathologiques
de la psychologie médicale**



- ❖ Psychologie médicale :
 - approche globale du sujet malade (malade et maladie)
 - étude de la relation médecin-malade
- ❖ Empathie et compétence pour aboutir relation de confiance
- ❖ Respect droits et information du patient
- ❖ Réaction à la maladie : déni, révolte, adaptation
- ❖ Principe de la prise en charge d'une maladie chronique : coopération et cogestion

1 Quels sont les principes de la communication avec le malade ?

.....

2 Quelles informations doit-on donner au malade ?

.....

3 Qu'est-ce que l'empathie ?

.....

4 Quels sont les risques d'une distance relationnelle inadaptée ?

.....

5 Quelles sont les réactions pouvant survenir à l'annonce d'une maladie grave ?

.....

- 6** Comment aborder l'annonce d'une maladie grave, d'un handicap ?
-
- 7** Quelles situations peuvent se présenter autour de la prise de conscience de la maladie ?
-
- 8** Quelles sont les réactions à l'annonce d'une maladie grave ?
-
- 9** Qu'est-ce qu'un mécanisme de défense ?
-
- 10** Qu'est-ce que le transfert ?
-
- 11** Quand parle-t-on de contre-transfert ?
-
- 12** Citer des exemples de contre-transfert négatif chez le médecin.
-
- 13** Qu'est-ce qui définit la position soignante du médecin ?
-
- 14** Qu'est-ce que l'écoute active ?
-
- 15** Qu'est-ce que la personnalisation ?
-
- 16** Quels sont les deux axes importants de la prise en charge des maladies chroniques ?
-
- 17** Qu'est-ce que la psychoéducation ?
-
- 18** Quels sont les objectifs de la psychoéducation ?
-

1 Quels sont les principes de la communication avec le malade ?

- Basée sur une relation asymétrique : demande et souffrance face au savoir et au pouvoir de guérison
- Utilise des éléments verbaux et non verbaux (gestes, attitudes)
- Doit être adaptée au niveau de compréhension du patient et à ses représentations de la maladie
- Est le support d'une charge affective que le médecin doit prendre en compte
- Doit se faire dans le respect des droits du patient (dont droit à l'information)
- Vise à l'instauration d'une relation de confiance

2 Quelles informations doit-on donner au malade ?

- Pas de recette ; savoir s'adapter à la situation
- Code de la déontologie médicale : « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information simple, accessible, intelligible, loyale et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose »
- L'accès au dossier médical est un droit du patient (loi du 4 mars 2002)

3 Qu'est-ce que l'empathie ?

- Capacité de comprendre ce qui se passe en l'autre en se mettant à sa place, tout en évitant les phénomènes d'identification (il ne s'agit pas de « souffrir avec »)

4 Quels sont les risques d'une distance relationnelle inadaptée ?

- L'absence de distance : liée à des phénomènes identificatoires, ne permet plus au médecin de garder le recul nécessaire à l'évaluation de la situation et aux prises de décisions difficiles
- Trop grande distance : se traduit par la froideur, ne permet pas l'installation de la relation de confiance, elle-même thérapeutique

5 Quelles sont les réactions pouvant survenir à l'annonce d'une maladie grave ?

- Choc initial pouvant se traduire par des réactions variables allant de l'angoisse à l'indifférence
- Phase de révolte avec sentiment d'injustice, de marchandage avec le médecin, voire de projection (les autres sont responsables)
- Enfin phase d'acceptation où le patient retrouve une certaine autonomie. Cette phase est à distinguer d'une résignation où la passivité du sujet laisse la place à l'entourage

6 Comment aborder l'annonce d'une maladie grave, d'un handicap ?

- Ne pas mentir, répondre aux questions du patient
- Ne pas être rigide : la connaissance des réactions à la maladie et de la représentation que le malade a de sa pathologie doit guider le praticien dans ce qu'il peut dire et à quel moment il le peut
- Être disponible lors de l'annonce
- Revoir le patient dans les heures qui suivent
- Informer les membres de la famille
- Assurer toute mesure (médicale ou non) pour le confort du patient (traitement de la douleur +++)

7 Quelles situations peuvent se présenter autour de la prise de conscience de la maladie ?

- Quatre modèles sont décrits :
 - la prise de conscience ouverte : personnel, famille et patient sont tous informés du diagnostic, du traitement et du pronostic de la maladie
 - prise de conscience présumée : tous savent mais font semblant de ne pas savoir
 - prise de conscience suspectée : chacun sait sauf le malade qui soupçonne la vérité
 - prise de conscience fermée : chacun sait sauf le patient
- Le premier modèle est actuellement privilégié

8 Quelles sont les réactions à l'annonce d'une maladie grave ?

- Réaction des mourants, d'après E. Kubler-Ross :
 - stade 1 : choc et refus
 - stade 2 : colère « pourquoi moi ? »
 - stade 3 : négociations (avec médecin, amis, Dieu...)
 - stade 4 : dépressivité (pouvant aller jusqu'à la vraie dépression)
 - stade 5 : acceptation (de l'universalité de la mort)

9 Qu'est-ce qu'un mécanisme de défense ?

- Opération psychique qui a pour fin la réduction des tensions psychiques internes
Ex. : déni, régression, déplacement, refoulement, dénégation, projection

10 Qu'est-ce que le transfert ?

- Terme provenant à l'origine de la pratique des cures analytiques
- Répétition dans la situation d'adulte de modalités relationnelles vécues durant l'enfance
- En médecine et par extension : tout investissement affectif du patient sur le médecin

11 Quand parle-t-on de contre-transfert ?

- Correspond à tout mouvement affectif du médecin en réaction à ceux de son patient et en relation avec son propre vécu infantile

12 Citer des exemples de contre-transfert négatif chez le médecin.

- Il se traduit par des attitudes négatives (contre-attitudes) :
 - refus d'écouter le malade (on n'a pas le temps)
 - actes manqués : erreurs de prescription, oubli du patient
 - phrases blessantes, inadaptées, non habituelles
 - menaces de consultations psychiatriques...

13 Qu'est-ce qui définit la position soignante du médecin ?

- Lutte rationnelle contre la maladie
- Prise en charge globale du sujet malade

14 Qu'est-ce que l'écoute active ?

- Capacité à aider l'autre à exprimer le plus complètement possible ses difficultés, sa souffrance
- Utilise des outils de communication verbale (ex. : question ouverte ou fermée) ou non verbale (attitude corporelle, sourires...)

15 Qu'est-ce que la personnalisation ?

- Adaptation de la prise en charge au patient (et non uniquement à la maladie) en respectant sa représentation de la maladie et son mode de vie

16 Quels sont les deux axes importants de la prise en charge des maladies chroniques ?

- Coopération nécessaire entre les différents intervenants (importance d'un médecin référent)
- Cogestion de la maladie par le patient et le médecin (personnalisation de la prise en charge du patient, participation aussi active que possible du patient)

17 Qu'est-ce que la psychoéducation ?

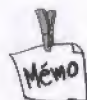
- Technique clinique qui vise à délivrer de façon systématique des informations concernant les symptômes, l'étiologie, le traitement et l'évolution de la maladie aux patients atteints et à leur entourage
- Intérêts : augmenter leur compréhension et améliorer leur comportement face à la maladie

18 Quels sont les objectifs de la psychoéducation ?

- Par le biais de l'information :
 - prévenir les rechutes en renforçant la compliance au traitement
 - amener les patients à une hygiène de vie adaptée
 - leur permettre d'identifier les symptômes précoces de rechute
 - renforcer la conscience des conséquences médicales et psychosociales des épisodes passés
- Par le biais de la psychothérapie :
 - accroître la prise de conscience et l'acceptation de la maladie
 - diminuer le sentiment de stigmatisation lié à la maladie
 - fournir assistance, insight (capacité d'introspection) aux patients et à leurs familles

Question
n° 9

Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office



- ❖ 3 modes d'hospitalisation en psychiatrie : hospitalisation libre (HL), hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), hospitalisation d'office (HO)
- ❖ Régi par un texte (et des articles) : loi du 27 juin 1990 du Code de la santé publique
- ❖ Patient refusant soins : article L. 3212.1 en cas d'HDT
- ❖ Patient dangereux : article L. 3213.1 en cas d'HO
- ❖ HDT : 2 certificats médicaux (un seul si péril imminent) et demande d'un tiers
- ❖ HO : 1 certificat médical et arrêté préfectoral
- ❖ Modalités de contrôle très réglementées

1 Quelles sont les indications d'une HDT ?

.....

2 Quelles sont les indications d'une HO ?

.....

3 Qui demande une HDT ?

.....

4 Qui sont les tiers ?

.....

5 Quels médecins peuvent rédiger les certificats ?

.....

6 Que doivent contenir les certificats médicaux ?

.....

7 Qu'est-ce que le « péril imminent » ?

.....

8 Quelles sont les modalités de contrôle de l'HDT ?

9 Qu'est-ce qu'une sortie d'essai ?

10 Quelles sont les procédures de fin d'HDT ?

11 Quelles sont les modalités de mise en place d'une HO ?

12 Existe-t-il une procédure particulière d'HO en cas d'urgence ?

13 Quelles sont les modalités de contrôle d'une HO ?

14 Existe-t-il comme pour l'HDT des mesures de sortie d'essai pour les HO ?

15 Qu'est-ce que la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques ?

16 Quelles sont les modalités de levée de l'HO ?

17 Quelle est la situation particulière des patients reconnus non responsables pénalement (art. 122.1 du Code pénal) ?

18 Qu'est-ce qu'une UMD ?

19 Quels sont les droits des personnes hospitalisées sous contrainte ?

1 Quelles sont les indications d'une HDT ?

- Tout patient dont les troubles « rendent impossible son consentement » et dont « l'état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier »

2 Quelles sont les indications d'une HO ?

- Tout sujet dont les troubles compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes

3 Qui demande une HDT ?

- Un tiers et deux médecins (non nécessairement psychiatres)

4 Qui sont les tiers ?

- Un membre de la famille (à toujours rechercher)
- Un ami
- Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient
- Il ne peut s'agir d'un membre du personnel soignant de l'établissement d'accueil. (Possible assistante sociale, administrateur de garde ou autre non soignant de l'établissement)

5 Quels médecins peuvent rédiger les certificats ?

- Pas nécessairement des psychiatres
- Le premier certificat doit impérativement être établi par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade
- Le deuxième doit confirmer le premier et émaner d'un autre médecin qui peut exercer dans l'établissement
- Ces deux médecins ne peuvent être parents ou alliés : ni entre eux, ni des directeurs d'établissements, ni de la personne qui demande, ni de la personne hospitalisée

6

Que doivent contenir les certificats médicaux ?

- Contenir nom et prénom du médecin et du patient
- Être circonstanciés : description des symptômes (sans diagnostic)
- Mentionner la nécessité de le faire hospitaliser sans son consentement
- Préciser article de loi
- Doivent dater de moins de quinze jours

⇒ Le directeur de l'établissement devra vérifier le respect de cette procédure

7

Qu'est-ce que le « péril imminent » ?

- « À titre exceptionnel en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil » (art. L. 3212-3)

8

Quelles sont les modalités de contrôle de l'HDT ?

- L'HDT ne peut-être maintenue qu'au vu de certificats médicaux établis régulièrement par un psychiatre de l'établissement
 - certificat de 24 h (qui ne soit pas rédigé par la même personne que pour le certificat d'admission)
 - certificat de quinzaine
 - certificat mensuel (le premier à J 45 de l'hospitalisation)
- Adressée au directeur de l'établissement qui les transmet au préfet (DDASS) et à la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques
- Transcription sur le registre des hospitalisations

9

Qu'est-ce qu'une sortie d'essai ?

- Un patient en HDT peut bénéficier de sorties d'essai pendant au maximum 3 mois (renouvelables) afin « de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale » (art. L. 3211-11)
- Comporte une surveillance médicale, est notifiée au directeur de l'établissement qui informe le préfet (DDASS) et le tiers
- Avantage : permettre une réadmission en cas d'aggravation sans recourir à une nouvelle procédure

10 Quelles sont les procédures de fin d'HDT ?

- Certificat d'un psychiatre de l'établissement (le plus souvent)
- Soit levée de l'hospitalisation requise par : curateur, membre de la famille, tiers si différent et si la famille ne se manifeste pas, la Commission départementale des hospitalisations, le juge de la liberté et de la détention (magistrat du tribunal de grande instance) qui aura pu être saisi par le malade, son entourage...

11 Quelles sont les modalités de mise en place d'une HO ?

- Indiquée quand les troubles mentaux du sujet compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes
- Arrêté prononcé par le préfet de police à Paris et par les représentants de l'État dans les départements
- Au vu d'un certificat médical circonstancié par un médecin (non nécessairement psychiatre) qui ne peut exercer dans l'établissement d'accueil
- Le préfet doit informer dans les 24 h le Procureur de la République, le maire du domicile et la famille de la personne hospitalisée

12 Existe-t-il une procédure particulière d'HO en cas d'urgence ?

- Oui
 - en cas de « danger imminent pour la sûreté des personnes » attesté par un « avis » médical (et non un certificat ; cet « avis » pouvant être donné par le psychiatre de l'établissement d'accueil), ou à défaut par « la notoriété publique », les maires ou, à Paris, les commissaires de police, peuvent hospitaliser « les personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes », en prévenant le préfet dans les 24 h, celui-ci prenant alors éventuellement un arrêté d'HO
- En l'absence d'arrêté préfectoral le patient ne peut-être retenu plus de 48 h

13 Quelles sont les modalités de contrôle d'une HO ?

- Certificat de 24 h par psychiatre de l'établissement
- De quinzaine
- Certificats mensuels (le premier à J 30 de l'hospitalisation)

14 Existe-t-il comme pour l'HDT des mesures de sortie d'essai pour les HO ?

- Oui
- Par décision préfectorale (sur proposition écrite d'un psychiatre) pour 3 mois renouvelables par le préfet
- Cette mesure, outre une fonction thérapeutique (réinsertion, contenant symbolique), permet de faire appel aux agents de la force publique pour admettre un patient dont l'état s'aggrave, sans recourir à une nouvelle procédure d'admission

15 Qu'est-ce que la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques ?

- Cette commission instituée par la loi est chargée :
 - d'examiner la situation des patients « au regard des libertés individuelles et de la dignité des personnes »
 - d'informer de toutes les hospitalisations sous contrainte
- Elle doit vérifier le respect des procédures
- Elle est composée d'un magistrat, 2 psychiatres, 2 représentants agréés de personnes malades ou de famille de personnes atteintes de troubles mentaux

16 Quelles sont les modalités de levée de l'HO ?

- Une HO ne peut-être maintenue que pendant la période de validité des arrêtés préfectoraux (pris pour 1 mois, puis 3, puis 6 mois renouvelables)
- Elle peut être levée par le préfet suite à un certificat médical attestant que la sortie peut être ordonnée
- Le préfet peut être saisi par la Commission départementale des hospitalisations et mettre un terme à l'hospitalisation

17 Quelle est la situation particulière des patients reconnus non responsables pénalement (art. 122.1 du Code pénal) ?

- Si les autorités judiciaires estiment que leur état mental « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes, ou porte atteinte de façon grave, à l'ordre public », elles en avisent le préfet qui prend alors toute mesure utile (en général, un arrêté d'HO)

- Il ne peut alors être mis un terme à l'hospitalisation qu'après avis concordant de 2 experts (avec 2 examens séparés) estimant que « l'intéressé n'est plus dangereux pour lui-même ni pour autrui », le préfet prenant alors la décision

18 Qu'est-ce qu'une UMD ?

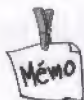
- « Unité pour malade difficile » ; prend en charge les patients dont la dangerosité rend difficile le maintien en service classique

19 Quels sont les droits des personnes hospitalisées sous contrainte ?

- Communiquer avec le préfet ou son représentant, le juge du tribunal d'instance, le président du TGI, le maire de la commune et le Procureur de la République
- Saisir la Commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP)
- Prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix
- Émettre ou recevoir du courrier
- Consulter le règlement intérieur de l'établissement
- Exercer son droit de vote
- Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix

Question
n° 19

Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum



- ❖ Durant la grossesse : dépression et névroses
- ❖ Post-partum : baby blues, dépression, psychose puerpérale
- ❖ Baby blues : évolution simple
- ❖ Psychose puerpérale : urgence médicale
 - risques : suicide, infanticide
- ❖ Hospitalisation mère-enfant
- ❖ Suspendre l'allaitement si traitement
- ❖ Éliminer une organicité
- ❖ Prévention récidive (grossesse ultérieure)

1 Citer les troubles psychiatriques les plus fréquents pendant la grossesse.

.....

2 Citer les troubles psychiatriques du post-partum les plus fréquents.

.....

3 Décrire la sémilogie du baby blues.

.....

4 Quelle est la prise en charge du baby blues ?

.....

5 Quelle est l'évolution classique du baby blues ?

.....

6 Quels sont les arguments en faveur d'une complication du baby blues ?

.....

7 Quelle est la description sémiologique de la dépression du post-partum ?

.....

8 Quels sont les facteurs favorisant d'une dépression du post-partum ?

.....

9 Quelles sont les évolutions possibles d'une dépression du post-partum ?

.....

10 Quel est le traitement de la dépression du post-partum ?

.....

11 Quelle est la description sémiologique de la psychose du post-partum ?

.....

12 Quelles sont les deux complications graves de la psychose du post-partum ?

.....

13 Quels sont les diagnostics différentiels d'une psychose du post-partum ?

.....

14 Quelle est l'évolution possible d'une psychose du post-partum ?

.....

15 Quel est le traitement d'une psychose du post-partum ?

.....

16 Quelle structure de soins est idéale pour le traitement des troubles du post-partum ?

.....

17 Quelles sont les particularités communes du traitement des troubles psychiatriques du post-partum ?

.....

18 Quelle précaution prendre lors de la prescription de psychotropes durant le post-partum ?

.....

- 1** Citer les troubles psychiatriques les plus fréquents pendant la grossesse.
- Syndrome dépressif
 - Troubles névrotiques
- 2** Citer les troubles psychiatriques du post-partum les plus fréquents.
- Post-partum blues
 - Dépression du post-partum
 - Psychose puerpérale
- 3** Décrire la sémilogie du baby blues.
- Entre le 3^e et le 7^e jour du post-partum
 - Labilité émotionnelle (passage de l'euphorie à la tristesse)
 - Tristesse de l'humeur, pleurs
 - Craintes concernant l'enfant
 - Sentiment d'incapacité
 - Plaintes somatiques
 - Durée : quelques jours
- 4** Quelle est la prise en charge du baby blues ?
- Surveillance simple
 - Pas de traitement médicamenteux
 - Attitude rassurante de l'équipe soignante
 - Psychothérapie de soutien
 - Orientée sur la relation mère-enfant
- 5** Quelle est l'évolution classique du baby blues ?
- Disparition en quelques heures ou jours
 - Spontanément favorable
 - Parfois évolution vers une dépression du post-partum
- 6** Quels sont les arguments en faveur d'une complication du baby blues ?
- Durée longue
 - Intensité sévère

7 Quelle est la description sémiologique de la dépression du post-partum ?

- Crises de larmes
- Irritabilité
- Sentiment d'incapacité, d'intolérance vis-à-vis de l'enfant
- Asthénie
- Insomnie
- Anxiété

8 Quels sont les facteurs favorisant d'une dépression du post-partum ?

- Mère jeune (< 20 ans) ou âgée (> 30 ans)
- Antécédent de carence affective ou de maltraitance chez la mère
- Antécédents psychiatriques pendant la grossesse
- Difficultés socio-économiques

9 Quelles sont les évolutions possibles d'une dépression du post-partum ?

- Guérison
- Récidive lors d'une grossesse ultérieure
- Évolution vers un trouble de l'humeur (uni ou bipolaire)

10 Quel est le traitement de la dépression du post-partum ?

- Hospitalisation si nécessaire sinon en ambulatoire
- Traitement antidépresseur
- Suspension de l'allaitement maternel si traitement médicamenteux
- Consultations psychothérapeutiques mère-enfant
- Prévention des récurrences (grossesse ultérieure) +++

11 Quelle est la description sémiologique de la psychose du post-partum ?

- Début brutal
- 1^{re} ou 2^e semaine du post-partum
- Tableau de bouffée délirante aiguë
- + Confusion mentale et désorientation temporo-spatiale
- Délire : thématique centrée sur l'enfant
- Anxiété majeure
- Risque suicidaire et d'infanticide

- 12** Quelles sont les deux complications graves de la psychose du post-partum ?
- Tentative de suicide
 - Infanticide
- 13** Quels sont les diagnostics différentiels d'une psychose du post-partum ?
- Thrombophlébite cérébrale
 - Rétention placentaire
 - Causes infectieuses
- 14** Quelle est l'évolution possible d'une psychose du post-partum ?
- Accès isolé avec guérison
 - Récidive lors d'une grossesse ultérieure
 - Évolution vers une psychose maniaco-dépressive
 - Évolution vers une schizophrénie
- 15** Quel est le traitement d'une psychose du post-partum ?
- Urgence médicale
 - Hospitalisation (unité mère-enfant si possible)
 - Double prise en charge : mère et enfant
 - Traitement par neuroleptique et antidépresseur
 - Sinon sismothérapie
 - Surveillance de l'efficacité et de la tolérance du traitement
 - Psychothérapie
 - Prévention des récides (grossesse ultérieure)
- 16** Quelle structure de soins est idéale pour le traitement des troubles du post-partum ?
- Unité d'hospitalisation mère-enfant
- 17** Quelles sont les particularités communes du traitement des troubles psychiatriques du post-partum ?
- Hospitalisation si nécessaire
 - En unité mère-enfant si possible
 - Double prise en charge mère et enfant
 - Interruption de l'allaitement en cas de chimiothérapie

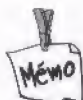
- Rencontres mère-enfant sous surveillance médicale
- Psychothérapie centrée sur la relation mère-enfant
- Prévention des récives (grossesse ultérieure)

18 Quelle précaution prendre lors de la prescription de psychotropes durant le post-partum ?

- Suspension de l'allaitement maternel car diffusion des psychotropes dans le lait maternel

Question
n° 32

**Développement psychomoteur
du nourrisson et de l'enfant :
aspects normaux et patho-
logiques (sommeil, alimentation,
contrôles sphinctériens, psycho-
motricité, langage, intelligence).
L'installation précoce
de la relation mère-enfant
et son importance.
Troubles de l'apprentissage**



- ❖ Vaste question... cependant pas d'impasse sur :
- clinique de l'encoprésie, l'énurésie, et de l'autisme ++
 - leurs principaux diagnostics différentiels
 - les principaux examens complémentaires à réaliser pour ces troubles
 - les grandes modalités thérapeutiques de ces troubles

I. TROUBLES ALIMENTAIRES DE LA PETITE ENFANCE

1 Qu'est-ce qu'une Pica ?

.....

2 Quelles sont les possibles complications de ce trouble ?

.....

3 Quelles sont les caractéristiques cliniques du mérycisme ?

.....

4 Quelles sont les caractéristiques des nourrissons atteints de mérycisme ?

.....

5 Quels sont les facteurs favorisant du mérycisme ?

.....

6 Quels sont les diagnostics différentiels du mérycisme ?

.....

II. ÉNURÉSIE

7 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de l'énurésie ?

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'énurésie ?

9 Quels sont les sous-types cliniques d'énurésie ?

10 Quels sont les sous-types évolutifs de l'énurésie ?

11 Quels sont les diagnostics différentiels ?

12 Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

13 Quelle est l'attitude thérapeutique psycho et sociothérapeutique à adopter devant la présence d'une énurésie ?

14 Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'une énurésie sévère ?

III. ENCOPRÉSIE

15 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de l'encoprésie ?

16 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'encoprésie ?

17 Quels sont les sous-types cliniques d'encoprésie ?

18 Quels sont les sous-types évolutifs de l'encopresie ?

19 Quels sont les diagnostics différentiels ?

20 Quels sont les examens complémentaires à pratiquer ?

21 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'une encopresie ?

IV. AUTISME

22 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de début de l'autisme ?

23 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de l'autisme ?

24 Qu'appelle-t-on altération qualitative des interactions sociales dans l'autisme ?

25 Qu'appelle-t-on altération qualitative de la communication dans l'autisme ?

26 Qu'appelle-t-on caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements des intérêts et des activités dans l'autisme ?

27 Quels sont les plus fréquents troubles comorbides somatiques observés chez les enfants autistes ?

28 Quelle est la fréquence du retard mental dans l'autisme ?

.....

29 Quels sont les signes précoces (avant 6 mois) de l'autisme ?

.....

30 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer ?

.....

31 Quels sont les principaux examens cliniques (en plus de l'examen psychiatrique) et paracliniques à réaliser systématiquement dans l'autisme ?

.....

32 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques dans l'autisme ?

.....

33 Quelles sont les caractéristiques cliniques du syndrome de Rett ?

.....

I. TROUBLES ALIMENTAIRES DE LA PETITE ENFANCE

1 Qu'est-ce qu'une Pica ?

- Ingestion répétée de substances non nutritives : peinture, plâtre, ficelle, cheveux, tissu, terre

2 Quelles sont les possibles complications de ce trouble ?

- Intoxication au plomb ++++
- Occlusion ou sub-occlusion (cheveux, poils)
- Maladies infectieuses (comme la toxoplasmose ou la toxocarose) par ingestion d'excrément ou de poussière
- Anémie par carence martiale
- Carence en zinc

3 Quelles sont les caractéristiques cliniques du mérycisme ?

- Régurgitation répétée de la nourriture suivie de remasticage
- Les aliments sont par la suite recrachés mais le plus souvent ré-avalés

4 Quelles sont les caractéristiques des nourrissons atteints de mérycisme ?

- Pendant le mérycisme : tension et cambrure du dos et de la tête en arrière, mouvements de succion de la langue
- Entre les épisodes : enfants irritables et affamés
- Âgés de 3 à 12 mois le plus souvent

5 Quels sont les facteurs favorisant du mérycisme ?

- Environnement psychosociale défavorable : défaut de stimulation, carence de soins...
- Retard mental

6 Quels sont les diagnostics différentiels du mérycisme ?

- Anomalies congénitales (ex. : sténose du pylore, RGO)
- Affections médicales générales (ex. : infection du système gastro-intestinale)

II. ÉNURÉSIE

7 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de l'énurésie ?

- À 5 ans, 7 % des garçons et 3 % des filles
- À 10 ans, 3 % des garçons et 1 % des filles

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'énurésie ?

- Mictions :
 - répétées de jour ou de nuit, au lit ou dans ses vêtements
 - le plus souvent involontaires, mais parfois délibérées
 - plus de 2 fois par semaine pendant au moins 3 mois
- Chez l'enfant de plus de 5 ans ou d'âge mental de 5 ans pour ceux ayant un retard développemental

9 Quels sont les sous-types cliniques d'énurésie ?

- Sous-type nocturne
- Sous-type diurne
- Sous-type mixte

10 Quels sont les sous-types évolutifs de l'énurésie ?

- Sous-type primaire : le patient n'a jamais atteint la continence urinaire ; la plus fréquente, de bon pronostic
- Sous-type secondaire : survient après une période de propreté complète d'au moins un an, le plus souvent entre 5 et 8 ans

11 Quels sont les diagnostics différentiels ?

- Vessie neurologique (*spina bifida*)
- Affection médicale générale entraînant une polyurie ou des mictions impérieuses (DID non traité, diabète insipide)
- Infections urinaires aiguës
- Crise d'épilepsie généralisée

12 Quels sont les examens complémentaires à réaliser ?

- Aucun en cas d'énurésie primaire (en dehors de l'examen clinique)
- En cas d'énurésie secondaire surtout si diurne et troubles mictionnels associés : ECBU, créatininémie, ± cystographie et UIV (suivant le contexte)
- EEG

13

Quelle est l'attitude thérapeutique psycho et sociothérapeutique à adopter devant la présence d'une énurésie ?

- Mesures générales (correction des mesures éducatives trop rigides) et psychothérapie de soutien (brève prenant la forme d'entretiens répétés)
- Mesures comportementales :
 - suppression des couches
 - réveils nocturnes à horaires réguliers par les parents, 1 à 2 heures avant l'endormissement pendant 3 semaines à 1 mois
 - avertisseur sonore (pipi stop) pour réveiller parents et enfant
 - diminution de l'apport hydrique le soir

14

Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'une énurésie sévère ?

- Soit hormone antidiurétique, desmopressine (Minirin®) : 0,1 à 0,2 ml en administration nasale, au maximum durant 3 mois, effets indésirables (céphalées, bouffées vasomotrices, crampes abdominales)
- Soit anticholinergiques, oxybutirine (Ditropan®) : 10 mg en 1 prise le soir, effets indésirables (sécheresse de la bouche, trouble de la vision, ralentissement du transit)
- Soit antidépresseur tricycliques, imipramine (Tofranil®) : 1

17 Quels sont les sous-types cliniques d'encoprésie ?

- Avec constipation et incontinence par débordement : constipation évidente à l'examen clinique, selles typiquement mal formées, pertes continues diurnes et nocturnes
- Sans constipation ni incontinence par débordement : absence de constipation à l'examen, selles formées de consistance normale, pertes intermittentes

18 Quels sont les sous-types évolutifs de l'encopresie ?

- Sous-type primaire : le patient n'a jamais atteint la continence fécale ; la plus fréquente, de bon pronostic
- Sous-type secondaire : survient après une période de propreté complète d'au moins un an, le plus souvent entre 5 et 8 ans

19 Quels sont les diagnostics différentiels ?

- Incontinence anale traumatique (post-opératoire), malformative (aplasie sacrée)
- Diarrhée chronique
- Maladie de Hirschsprung

20 Quels sont les examens complémentaires à pratiquer ?

- Systématiquement, abdomen sans préparation de face (constipation, fécalome)
- Suivant le contexte clinique : manométrie anorectale, temps de transit segmentaire, biopsie par aspiration de la muqueuse (rectale) pour éliminer une maladie de Hirschsprung

21 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'une encoprésie ?

- Mesures générales (correction des mesures éducatives trop rigides) et psychothérapie de soutien (brève prenant la forme d'entretiens répétés)
- Mesures comportementales :
 - régime alimentaire équilibré (fibres suffisantes, apport hydrique adapté)
 - suppression du fécalome, traitement des fissures anales
 - éviter les interventions et manipulations agressives et intempestives (lavement, laxatif...)
 - entraînement à la propreté et à la régularité
- En cas d'encoprésie sévère, technique de bio-feed back avec rééducation du réflexe anorectale inhibiteur, contrôle de la motricité

VIII. AUTISME

22 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de début de l'autisme ?

- 2 à 5/10 000 personnes
- 4 à 5 fois plus élevé chez les garçons
- Début avant 36 mois

23 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de l'autisme ?

- Altération qualitative des interactions sociales
- Altération qualitative de la communication
- Caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements des intérêts et des activités
- Altérations débutant avant 3 ans

24 Qu'appelle-t-on altération qualitative des interactions sociales dans l'autisme ?

- Altérations des contacts non verbaux : contact oculaire, mimique faciale, postures corporelles, gestes
- Incapacités à établir des contacts avec ses pairs
- Non partage des plaisirs, des intérêts : pas de désignation du doigt par exemple

25 Qu'appelle-t-on altération qualitative de la communication dans l'autisme ?

- Retard ou absence du langage parlé
- Usage stéréotypé et répétitif du langage
- Absence de jeu d'imitation sociale

26 Qu'appelle-t-on caractère restreint répétitif et stéréotypé des comportements des intérêts et des activités dans l'autisme ?

- Préoccupation circonscrite à un ou plusieurs centres d'intérêts stéréotypés et restreints
- Adhésion inflexible à des habitudes ou à des rituels
- Maniérismes moteurs stéréotypés et répétitifs (battements des doigts ou des mains)
- Préoccupations persistantes pour certaines parties des objets

27 Quels sont les plus fréquents troubles comorbides somatiques observés chez les enfants autistes ?

- Convulsion dans 25 % des cas
- Encéphalite, phénylcétonurie, sclérose tubéreuse de Bourneville, syndrome de l'X fragile, rubéole congénitale
- Troubles digestifs : constipation ou diarrhée

28 Quelle est la fréquence du retard mental dans l'autisme ?

- 70 % de retard mental avec 40 % en-dessous de 50, et 30 % entre 50 et 70

29 Quels sont les signes précoces (avant 6 mois) de l'autisme ?

- Distorsions précoces des interactions : bébé trop sage, ne pleurant jamais, ne réclamant jamais
- Décrochage fréquent du regard, absence de sourire
- Hypotonie, absence de dialogue tonique, absence d'imitation des interactions
- Trouble du sommeil avec insomnie calme (bébé les yeux ouverts dans son lit)

30 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer ?

- Surdité congénitale ++++
- Autres troubles envahissants du développement : Rett +++, Asperger +++
- Schizophrénie    début précoce
- Mutisme sélectif
- Dysphasies sévères
- Mouvements stéréotypés

31 Quels sont les principaux examens cliniques (en plus de l'examen psychiatrique) et paracliniques    réaliser systématiquement dans l'autisme ?

- Examen neurologique ++ voire génétique
- EEG, IRM cérébrale sous anesthésie générale
- Potentiel évoqué auditif
- Caryotype et recherche de l'X fragile
- Bilan biologique standard, plombémie (si milieu social défavorisée), chromatographie des acides aminés et organiques
- Bilan orthophonique ++, psychomoteur +++, psychomotricite   +++

32 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques dans l'autisme ?

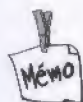
- Rééducation : orthophonique, psychomotrice, éducative +++
- Suivi institutionnel : hôpital de jour, internat médicalisé
- Traitements psychotropes à dose minimale : stéréotypies invalidantes, ritualisations invalidantes, agressivité, crises épileptiques
- Psychothérapie individuelle (modalités très comportementales) et familiale (systémique)

33 Quelles sont les caractéristiques cliniques du syndrome de Rett ?

- Développement normal jusqu'à 5 mois de vie
- Apparition progressive d'une encéphalopathie à partir de 6 mois :
 - perte des compétences psychomotrices, ataxie, apraxie, atrophie et rigidité musculaire
 - apparition de mouvements stéréotypés (morsure des doigts +++)
 - perte du langage voire régression du niveau d'interaction
 - décélération de la croissance du périmètre crânien
 - crises d'épilepsie dans 75 % des cas
- Troubles respiratoires
- Scoliose fréquente

Question
n° 39

Troubles du comportement de l'adolescent



- ❖ Caractéristiques cliniques du THDA et de ses composantes impulsives, attentionnelles et hyperactives
- ❖ Aspects évolutifs du THDA : psychopathie, addiction
- ❖ Grandes modalités thérapeutiques de ce trouble : TCC
- ❖ Règles et effets indésirables du traitement par Ritaline®

I. TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION (TOP)

1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du TOP ?

.....

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques du TOP ?

.....

3 Quel est le pronostic de ce trouble ?

.....

4 Quels sont les diagnostics différentiels ?

.....

5 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un TOP ?

.....

II. TROUBLE DES CONDUITES (TC)

6 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du TC ?

.....

7 Décrire les caractéristiques des conduites des patients ayant un TC.

.....

8 Quelles sont les caractéristiques psycho-affectives des patients ayant un TC ?

.....

9 Quel est le pronostic évolutif du TC ?

.....

10 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un TC ?

.....

III. TROUBLE HYPERACTIF AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (THDA)

11 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du THDA ?

.....

12 Quelle est la triade clinique de ce trouble ?

.....

13 Quelles sont les caractéristiques de l'hyperactivité dans le THDA ?

.....

14 Quelles sont les caractéristiques de l'impulsivité dans le THDA ?

.....

15 Quelles sont les caractéristiques cliniques du déficit attentionnel dans le THDA ?

.....

16 Quels sont les caractères évolutifs du trouble ?

.....

17 Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'un THDA en première attention ? Préciser les principaux effets indésirables, la posologie habituelle et les contre-indications de ce traitement.

.....

18 Quelles sont les particularités de la prescription du méthylphénidate (Ritaline®) ?

19 Quelle est l'attitude psychothérapeutique et psycho-éducative à adopter devant la présence d'un THDA ?

I. TROUBLE OPPOSITIONNEL AVEC PROVOCATION (TOP)

1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du TOP ?

- 2 à 16 % des enfants et des adolescents
- Avant la puberté, plus fréquent chez le garçon que chez la fille ; sex-ratio quasi équivalent à l'adolescence
- Débute le plus souvent avant 8 ans

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques du TOP ?

- Comportements hostiles et provocateurs tels que : contestation de l'adulte, crise de colère fréquente, opposition passive ou active aux règles et demandes de l'adulte, embête les autres, fait porter à autrui la responsabilité de ses actes, intolérance aux frustrations, parfois méchant et vindicatif
- Comportements installés depuis plus de 6 mois

3 Quel est le pronostic de ce trouble ?

- Majoration progressive des symptômes
- Chronicisation du trouble le plus souvent (seulement 25 % d'évolution favorable)
- Complications fréquentes : troubles des conduites, abus de substance

4 Quels sont les diagnostics différentiels ?

- Trouble de l'humeur à évoquer systématiquement en particulier si TOP d'apparition tardive (pré-adolescence ou adolescence)
- Défaut de compréhension du langage (ex. : hypoacousie, trouble du langage mixte réceptif-expressif)
- Trouble des conduites

5 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un TOP ?

- Guidance parentale et thérapie familiale
- Psychothérapie individuelle
- Favoriser l'insertion scolaire (relation médecin-enseignant)
- Aide éducative si nécessaire (aide éducative en milieu ouvert – AEMO)

II. TROUBLE DES CONDUITES (TC)

6 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du TC ?

- Pour les moins de 18 ans ; 6 à 16 % des garçons, 2 à 9 % des filles
- Plus fréquent en milieu urbain qu'en milieu rural
- Début le plus souvent au début de l'adolescence

7 Décrire les caractéristiques des conduites des patients ayant un TC.

- Conduites répétitives et persistantes de transgression des règles et normes sociales c'est-à-dire :
 - conduites agressives envers des personnes ou des animaux
 - dégradation ou destruction de biens matériels
 - fraudes ou vols
 - violations graves des règles établies (fugue, école buissonnière, errance nocturne)
- Survenant à l'école, à la maison, etc.

8 Quelles sont les caractéristiques psycho-affectives des patients ayant un TC ?

- Absence d'empathie et peu de sollicitude pour les sentiments et les désirs d'autrui
- Absence de remords et de culpabilité le plus souvent
- Estime de soi en général faible malgré leur fréquente relation de prestance

9 Quel est le pronostic évolutif du TC ?

- Majoration progressive des symptômes
- Chronicisation du trouble le plus souvent, évolution vers le trouble de personnalité antisociale
- Complications fréquentes : abus de substance (alcoolisme, toxicomanie), prostitution, trouble de l'humeur, trouble anxieux

10 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un TC ?

- Guidance parentale et thérapie familiale
- Psychothérapie individuelle
- Aide éducative si nécessaire (aide éducative en milieu ouvert – AEMO)
- Favoriser l'insertion scolaire (relation médecin-enseignant)
- Traitement médicamenteux en cas d'impulsivité massive : lithium, carbamazépine, acide valproïque (bilan pré-thérapeutique indispensable +++). Éviter les sédatifs (neuroleptiques, benzodiazépines)

III. TROUBLE HYPERACTIF AVEC DÉFICIT DE L'ATTENTION (THDA)

11 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du THDA ?

- 3 à 5 % des enfants en âge scolaire
- Plus fréquent chez les garçons : 4 à 9 pour 1 fille
- Diagnosticable à partir de 5 ans

12 Quelle est la triade clinique de ce trouble ?

- Hyperactivité
- Impulsivité
- Difficulté attentionnelle

13 Quelles sont les caractéristiques de l'hyperactivité dans le THDA ?

- Hyperkinésie des mains, des pieds ; se tortille sans cesse sur sa chaise
- Le patient se lève souvent en classe ou dans d'autres situations où il devrait rester assis
- Le patient court et grimpe partout
- Le patient a des difficultés pour se tenir tranquille dans les jeux ou les activités de loisirs
- Le patient parle souvent trop

14 Quelles sont les caractéristiques de l'impulsivité dans le THDA ?

- Le patient laisse échapper la réponse à une question qui n'est pas encore entièrement posée
- Le patient a du mal à attendre son tour
- Le patient interrompt les autres ou impose sa présence (dans les jeux, les conversations)

15 Quelles sont les caractéristiques cliniques du déficit attentionnel dans le THDA ?

- Le patient ne parvient pas à prêter attention aux détails, fait des fautes d'étourderies dans les devoirs
- Le patient a du mal à soutenir son attention au travail ou dans les jeux
- Le patient semble ne pas écouter quand on lui parle personnellement
- Le patient a du mal à organiser ses travaux ou ses activités
- Le patient perd les objets nécessaires à son travail ou à ses activités (jouets, cahiers de devoir, crayons, etc.)
- Le patient a des oublis fréquents dans la vie quotidienne

16 Quels sont les caractères évolutifs du trouble ?

- Diminution dans la majorité des cas (80 %) des symptômes ; en premier l'hyperkinésie, en dernier le déficit attentionnel
- Chronicisation du trouble (20 %) avec complications : troubles des conduites, abus de substance, déscolarisation plus précoce et mauvaise insertion (pour un niveau social et intellectuel équivalent)

17 Quelle est l'attitude chimiothérapeutique à adopter devant la présence d'un THDA en première attention ? Préciser les principaux effets indésirables, la posologie habituelle et les contre-indications de ce traitement.

- Méthylphénidate (Ritaline®) en 1^{re} intention
- Posologie : 0,5 à 1 mg/kg par jour à répartir en 2 prises, à introduire progressivement
- Contres indications :
 - âge < 6 ans
 - antécédent personnel ou familial de tics
 - glaucome
 - maladie cardiovasculaire
- Effets indésirables : insomnie, anorexie et perte de poids, irritabilité, maux de tête et d'estomac, tachycardie et HTA, inflexion de la courbe de croissance

18 Quelles sont les particularités de la prescription du méthylphénidate (Ritaline®) ?

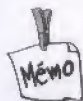
- Prescription par un psychiatre ou neurologue hospitalier
- Ordonnance renouvelable 2 fois par un médecin non hospitalier
- Prescription sur ordonnance sécurisée : dosage, durée du traitement en toutes lettres, pour une durée de 28 jours maximum

19 Quelle est l'attitude psychothérapeutique et psycho-éducative à adopter devant la présence d'un THDA ?

- Guidance parentale et thérapie familiale
- Psychothérapie individuelle
- aide éducative si nécessaire (aide éducative en milieu ouvert – AEMO)
- Favoriser l'insertion scolaire (relation médecin-enseignant)

Question
n° 41

Troubles anxieux et troubles de l'adaptation



- ❖ Troubles débutant pour la plupart dans l'enfance
- ❖ Polymorphisme clinique d'une attaque de panique
- ❖ Savoir distinguer les différents troubles anxieux (se poser la question des facteurs ayant déclenché l'attaque de panique)
- ❖ Conduite à tenir lors d'une attaque de panique aux urgences : ECG +++, glycémie capillaire
- ❖ Complications des troubles anxieux : addictions, dépression
- ❖ Problèmes liés à la prescription des benzodiazépines dans les troubles anxieux : règles de prescription de ces médicaments, dépendance médicamenteuse
- ❖ Thérapie cognitivo-comportementale

I. ASPECTS CLINIQUES

1 Quels sont les symptômes physiques habituellement observés dans l'attaque de panique ?

.....

2 Quels sont les symptômes psychologiques habituellement observés dans l'attaque de panique ?

.....

3 Quel est le déroulement habituel d'une attaque de panique ?

.....

4 Quelles sont les caractéristiques cliniques du trouble de panique ?

.....

5 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'agoraphobie ?

.....

6 Quelles sont les caractéristiques cliniques des phobies sociales ?

7 Quels sont les principaux types de phobies sociales habituellement décrits ?

8 Quel est en général le vécu affectif des patients atteints de phobie sociale ?

9 Quelles sont les caractéristiques cliniques des phobies spécifiques ?

10 Quels sont les principaux types de phobies spécifiques habituellement décrits ?

11 Comment se caractérisent cliniquement les obsessions ?

12 Quelles sont les thématiques habituelles des obsessions ?

13 Comment se caractérisent cliniquement les compulsions ?

14 Quelles sont les thématiques habituelles des compulsions ?

15 Quelle est la nature des stress pouvant être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique ?

16 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome de stress post-traumatique ?

17 Quels sont les facteurs les plus importants pour déterminer la probabilité du développement d'un syndrome de stress post-traumatique chez un patient ?

.....

18 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du trouble anxieux généralisé ?

.....

19 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du trouble anxieux de séparation ?

.....

II. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

20 Quels diagnostics doivent être systématiquement éliminés lors de la survenue d'une attaque de panique aux urgences ?

.....

21 Quelles principales pathologies somatiques faut-il systématiquement éliminer lors d'un trouble anxieux ?

.....

22 Quels sont les principaux diagnostics psychiatriques qu'il faut systématiquement éliminer lors d'un trouble anxieux ?

.....

23 Quels sont les examens complémentaires à réaliser systématiquement en urgence devant la survenue d'une attaque de panique ?

.....

24 Quels sont les examens complémentaires de dépistage à réaliser lors de la découverte d'un trouble anxieux ?

.....

III. COMPLICATIONS, ÉVOLUTION

25 Quelles sont les principales complications des troubles anxieux en l'absence de traitement ?

.....

- 26** Quelle est l'évolution naturelle des troubles anxieux en l'absence de traitement ?
-

IV. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

- 27** Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous lors d'une attaque de panique de faible intensité ou de forte intensité ? Préciser la voie d'administration à privilégier.
-

- 28** Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous lors d'un trouble anxieux en dehors des phobies spécifiques ? Préciser la voie d'administration à privilégier.
-

- 29** Quelle est la prise en charge psychothérapeutique habituellement proposée dans les troubles anxieux ?
-

- 30** Quelle est la modalité spécifique de prise en charge psychothérapeutique des patients venant de subir un stress grave permettant de prévenir - *a priori* - la survenue d'un syndrome de stress post-traumatique ?
-

- 31** Quelle est la technique psychothérapeutique particulièrement indiquée dans le traitement des phobies spécifiques ?
-

I. ASPECTS CLINIQUES

1 Quels sont les symptômes physiques habituellement observés dans l'attaque de panique ?

- Hyperactivité noradrénergique entraînant des symptômes cardiovasculaires (tachycardie, palpitations), pulmonaires (polypnée, tachypnée, dyspnée), neuromusculaires (tremblements distaux, paresthésie, tension musculaire, céphalée), abdominaux (douleurs, diarrhée)

2 Quels sont les symptômes psychologiques habituellement observés dans l'attaque de panique ?

- Peur de mourir, de devenir fou, de perdre le contrôle de soi
- Sentiment de panique
- Dépersonnalisation +++, déréalisation +++

3 Quel est le déroulement habituel d'une attaque de panique ?

- Début brutal en quelques minutes
- Phase d'état avec polymorphisme des symptômes physiques et psychiques (quelques minutes, n'excédant que rarement une heure)
- Diminution progressive de l'anxiété (sur plusieurs heures) avec une fatigue intense et un profond sentiment de soulagement

4 Quelles sont les caractéristiques cliniques du trouble de panique ?

- Attaques de paniques récurrentes (en général plusieurs par semaines pendant au moins un mois) et inattendues +++
- Anxiété inter-critique intense = « peur de la peur »
- Évitement de toutes les situations où est survenue une attaque de panique : confinant à l'agoraphobie

5 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'agoraphobie ?

- Triade phobique :
 - peur de se retrouver dans des endroits ou des situations où il serait difficile de s'extraire ou de trouver du secours en cas d'attaque de panique

- évitement de toutes les situations où est survenue une attaque de panique
- anxiété anticipatoire massive : utilisation d'objets ou de personnes CONTRAPHOBQUES

6 Quelles sont les caractéristiques cliniques des phobies sociales ?

- Triade phobique :
 - peur intense, persistance, irraisonnée, déclenchée par la présence ou l'idée d'être confronté à la situation sociale phobogène
 - évitement marqué des situations où le patient pourrait être confronté à la situation sociale phobogène
 - anticipation anxieuse (anxiété inter-critique) ; le patient a peur d'être confronté à la situation sociale phobogène

7 Quels sont les principaux types de phobies sociales habituellement décrits ?

- Focalisées à une situation sociale particulière : performance (acteurs, musiciens), démarrer ou soutenir des conversations, participer à des petits groupes, se rendre à des soirées, parler à des figures d'autorité, manger en public, uriner dans des toilettes publiques, peur de vomir en public
- Généralisées à toutes les situations de performance en public et toutes les situations d'interactions sociales

8 Quel est en général le vécu affectif des patients atteints de phobie sociale ?

- Hypersensibilité à la critique
- Évaluation négative ou rejet
- Difficulté à manifester de l'assurance
- Faible estime de soi
- Sentiment d'infériorité

9 Quelles sont les caractéristiques cliniques des phobies spécifiques ?

- Triade phobique :
 - peur intense, persistante, irraisonnée, déclenchée par la présence de l'objet ou de la situation phobogène
 - évitement marqué des situations où le patient pourrait être en contact avec le stimulus phobogène
 - anticipation anxieuse (anxiété inter-critique) ; le patient a peur d'être confronté au stimulus phobogène

10 Quels sont les principaux types de phobies spécifiques habituellement décrits ?

- **Animal** : peur des serpents, des rats (en général début dans l'enfance)
- **Environnement naturel** : hauteurs, tonnerre, eau profonde (en général début dans l'enfance)
- **Sang, injection, accident** : peur du dentiste, des injections, vue du sang (très fréquemment familial)
- **Situationnel** : avions, espaces clos (claustrophobie), ascenseurs (début dans l'enfance ou vers 20-30 ans)

11 Comment se caractérisent cliniquement les obsessions ?

- **Pensées, impulsions ou représentations mentales** :
 - ressenties comme intrusives et inappropriées (vécu égodystonique)
 - que le patient essaie de réprimer ou d'ignorer
 - que le patient reconnaît comme provenant de sa propre activité mentale

12 Quelles sont les thématiques habituelles des obsessions ?

- **Agressives** contre soi ou contre les autres (peur d'être blessé, de subir des accidents, qu'il y ait le feu chez soi, peur d'être cambriolé)
- **Contaminations** (peur d'être contaminé par des microbes, peur de la saleté, peur d'avoir une maladie grave)
- **Sexuelles** (peur d'avoir commis des actes répréhensibles concernant la sexualité)
- **Religieuses** (peur de blasphémer, inquiet quant à la moralité)

13 Comment se caractérisent cliniquement les compulsions ?

- **Comportements répétitifs ou actes mentaux** :
 - que le patient se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession
 - accomplis selon des règles inflexibles
 - destinés à diminuer ou neutraliser l'angoisse suscitée par les obsessions

14 Quelles sont les thématiques habituelles des compulsions ?

- **Propreté et nettoyage** (lavage des mains, du corps, ménage durant des heures)
- **Comptage** (rituels de comptage)

- Vérification (de la lumière, que la porte soit bien fermée, de ses devoirs)
- Répétition (s'asseoir/se lever, marcher en avant/en arrière)
- Ordre et symétrie
- Accumulation (morceaux de papier, bouteille, morceau de ficelle)

15 Quelle est la nature des stress pouvant être à l'origine d'un syndrome de stress post-traumatique ?

- Menace de mort ou mort
- Blessure grave
- Intégrité physique menacée

16 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome de stress post-traumatique ?

- Syndrome de répétition durant l'éveil (souvenirs répétitifs de l'événement traumatique – scène d'ecmnésie – flash-back) ou durant le sommeil (cauchemars où le patient revit la situation)
- Évitement de toutes les situations associées au traumatisme pouvant être à l'origine d'une réactivation du syndrome de répétition
- Anxiété inter-critique avec forte note de dépressivité et d'anesthésie affective +++

17 Quels sont les facteurs les plus importants pour déterminer la probabilité du développement d'un syndrome de stress post-traumatique chez un patient ?

- Gravité du stress
- Proximité avec la situation traumatisante
- Durée d'exposition au stress

18 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du trouble anxieux généralisé ?

- Anxiété anticipatoire massive : préoccupations concernant l'avenir ; même pour des situations bénignes et à caractères positifs
- Manifestations somatiques d'anxiété présentes quotidiennement pendant au moins 6 mois

19 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du trouble anxieux de séparation ?

- Anxiété massive survenant dans les situations de séparation (de la maison, de ses proches)
- Réticence et évitement des situations qui pourraient être à l'origine de séparation (refus d'aller à l'école – au maximum refus scolaire –, refus de partir sans ses frères et sœurs en vacances, refus de rester seul à la maison)
- Cauchemars à thème de séparation (père ou mère mourrant dans un accident par exemple)

II. DIAGNOSTICS DIFFÉRENTIELS

20 Quels diagnostics doivent être systématiquement éliminés lors de la survenue d'une attaque de panique aux urgences ?

- Urgence médicale : infarctus de myocarde +++, hypoglycémie +++, embolie pulmonaire +++, trouble du rythme cardiaque +++
- Urgence chirurgicale : abdominale (pancréatite aiguë), obstétrique (GEU), neurologique (anévrisme), vasculaire (anévrisme fissuré)
- Toxique : abus (amphétamine, LSD, ecstasy) ou sevrage (opiacé, barbiturique)

21 Quelles principales pathologies somatiques faut-il systématiquement éliminer lors d'un trouble anxieux ?

- Cardiaque : insuffisance cardiaque, trouble du rythme, syndrome de menace, infarctus du myocarde
- Endocrinologiques : dysfonctions thyroïdiens, surrénaliens (Addison, phéochromocytome +++)
- Maladies inflammatoires : LED, PR, PN, Horton, syndrome carcinoïde
- Neurologiques : SEP, Wilson, Huntington, neurosyphilis +++, maladies cérébrovasculaires
- Toxique : alcool, toxicomanie (cannabis, héroïne, cocaïne...)

22 Quels sont les principaux diagnostics psychiatriques qu'il faut systématiquement éliminer lors d'un trouble anxieux ?

- Autre trouble anxieux +++
- Épisode dépressif majeur +++
- Trouble psychotique (schizophrénie paranoïde, paranoïa)
- Trouble de la personnalité évitante, anankastique

23 Quels sont les examens complémentaires à réaliser systématiquement en urgence devant la survenue d'une attaque de panique ?

- Glycémie capillaire, \pm enzymes cardiaques, \pm gaz du sang
- ECG
- Prise du pouls, tension artérielle

24 Quels sont les examens complémentaires de dépistage à réaliser lors de la découverte d'un trouble anxieux ?

- ECG, radio de thorax, et suivant l'orientation scanner cérébral, IRM, EEG
- NFS, ionogramme sanguin, glycémie à jeun, urémie, créatinémie, TSHus, T4I, calcémie, magnésémie

III. COMPLICATIONS, ÉVOLUTION

25 Quelles sont les principales complications des troubles anxieux en l'absence de traitement ?

- Isolement affectif et professionnel majeur
- Épisode dépressif secondaire confinant parfois au suicide
- Dépendance médicamenteuse (benzodiazépine +++) et alcoolique +++

26 Quelle est l'évolution naturelle des troubles anxieux en l'absence de traitement ?

- Chronicisation des troubles

IV. PRISE EN CHARGE THÉRAPEUTIQUE

27 Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous lors d'une attaque de panique de faible intensité ou de forte intensité ? Préciser la voie d'administration à privilégier.

- Faible intensité : antihistaminique, hydroxyzine (Atarax®) 25 à 50 mg en une prise (per os)
- Forte intensité : benzodiazépine, alprazolam (Xanax®) 0,25 à 0,50 mg en une prise (per os)

28 Quels traitements médicamenteux prescrivez-vous lors d'un trouble anxieux en dehors des phobies spécifiques ? Préciser la voie d'administration à privilégier.

- Antidépresseur : antisérotoninergique en traitement de fond.
Ex. : paroxetine (Deroxat®) : 10 à 20 mg/jour dans le trouble panique, 20 à 60 mg/jour dans le trouble

obsessionnel compulsif, 20 à 40 mg/jour dans la phobie sociale et trouble anxieux généralisé 20 à 40 mg/jour (per os)

- Anxiolytique en appoint : antihistaminique type hydroxyzine (Atarax®) 25 mg x 3/jour (faible anxiété) ou benzodiazépine, alprazolam (Xanax®) 0,25 à 0,50 mg x 3/jour (forte anxiété) (per os)



Prescription de benzodiazépine ne devra pas excéder 8 semaines ++++

29 Quelle est la prise en charge psychothérapeutique habituellement proposée dans les troubles anxieux ?

- Psychothérapie de soutien
- Thérapie cognitivo-comportementale +++
- Thérapie d'inspiration psychanalytique uniquement lorsque le trouble anxieux est stabilisé. Risque de majoration de l'anxiété lors des séances

30 Quelle est la modalité spécifique de prise en charge psychothérapeutique des patients venant de subir un stress grave permettant de prévenir – *a priori* – la survenue d'un syndrome de stress post-traumatique ?

- Débriefing individuel au décours immédiat de la période d'exposition au stress

31 Quelle est la technique psychothérapeutique particulièrement indiquée dans le traitement des phobies spécifiques ?

- Thérapie cognitivo-comportementale : soit immersion totale, soit exposition progressive

Question
n° 42

Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte



- ❖ Caractéristiques cliniques de l'anorexie mentale et de la boulimie
- ❖ ECG +++, kaliémie +++, glycémie ++, ostéodensitométrie
- ❖ Modalités évolutives de ces troubles : 10 % de mortalité
- ❖ Modalités de la ré-nutrition dans l'anorexie mentale
- ❖ Règles comportementales et cognitives dans le traitement des crises de boulimie
- ❖ Approche systémique dans l'anorexie

I. ANOREXIE MENTALE

1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de l'anorexie mentale ?

.....

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de l'anorexie mentale ?

.....

3 Quelles sont les caractéristiques psychologiques classiquement observées dans l'anorexie mentale et témoignant du caractère pathologique de l'anorexie et de l'amaigrissement ?

.....

4 Quelles sont les caractéristiques de l'amaigrissement observé dans l'anorexie mentale ?

.....

5 Quelles sont les caractéristiques de l'aménorrhée observée dans l'anorexie mentale ?

.....

6 Quelles sont les caractéristiques de l'anorexie dans l'anorexie mentale ?

.....

7 Quelles sont les autres mesures utilisées fréquemment par les anorexiques mentales permettant l'amaigrissement en dehors de la restriction ?

.....

8 Quels sont les signes cliniques somatiques fréquemment observés en lien avec la dénutrition ?

.....

9 Quelles sont les anomalies paracliniques fréquemment observées dans l'anorexie mentale ?

.....

10 Quels sont les facteurs de mauvais pronostics dans l'anorexie mentale ?

.....

11 Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

.....

12 Quelles sont les complications psychiatriques fréquentes dans l'anorexie mentale ?

.....

13 Quelles sont les complications somatiques dans l'anorexie mentale ?

.....

14 Quels examens réalisez-vous systématiquement dans l'anorexie mentale ?

.....

15 Quels sont les symptômes cliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

.....

16 Quels sont les marqueurs paracliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

.....

17 Quelles sont les grandes modalités de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

.....

18 Quelles sont les grandes modalités de la renutrition dans l'anorexie mentale ?

.....

II. BOULIMIE

19 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de la boulimie ?

.....

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la crise de boulimie proprement dite ?

.....

21 Quel est le déroulement habituel d'une crise de boulimie ? Préciser les caractères cliniques de chaque phase.

.....

22 Quelles sont les habitudes alimentaires fréquemment observées chez les boulimiques en dehors des crises alimentaires ?

.....

23 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer en cas de boulimie ?

.....

24 Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser devant la présence d'une boulimie ?

.....

25 Quelles sont les principales complications somatiques observées dans la boulimie ?

.....

26 Préciser le caractère évolutif de ce trouble.

.....

27 Quelles sont les principales comorbidités psychiatriques observées dans ce trouble ?

.....

28 Quelles sont les indications d'une hospitalisation dans ce trouble ?

.....

29 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de ce trouble ?

.....

30 Quelles sont les modalités du contrat cognitivo-comportemental habituellement proposé aux patients souffrant de boulimie ?

.....

I. ANOREXIE MENTALE

- 1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de l'anorexie mentale ?
 - 1 % des adolescentes
 - 1 homme/9 femmes
 - 12 -24 ans (incidence bimodale, pré et post-pubère)
- 2 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de l'anorexie mentale ?
 - Amaigrissement
 - Anorexie
 - Aménorrhée primaire ou secondaire
- 3 Quelles sont les caractéristiques psychologiques classiquement observées dans l'anorexie mentale et témoignant du caractère pathologique de l'anorexie et de l'amaigrissement ?
 - Dysmorphophobie : déni de l'amaigrissement ; la patiente se sentant grosse
 - Anosognosie : déni du trouble alimentaire
 - Hyperactivité intellectuelle
 - Hyperactivité physique : pratique intensive du sport
 - Rigidification des relations affectives et isolement social
- 4 Quelles sont les caractéristiques de l'amaigrissement observé dans l'anorexie mentale ?
 - Souvent massif (jusqu'à 50 % du poids initial)
 - Progressif
 - Corps cachectique
 - Toujours secondaire à l'altérations des conduites alimentaires
- 5 Quelles sont les caractéristiques de l'aménorrhée observée dans l'anorexie mentale ?
 - Primaire si la patiente est non réglée avant l'apparition du trouble
 - Secondaire si l'aménorrhée survient après 3 mois de règles régulières ou 6 mois de règles irrégulières
 - Précède (30 % des cas), succède ou coïncide avec le début du trouble
 - β -HCG négatifs +++

6 Quelles sont les caractéristiques de l'anorexie dans l'anorexie mentale ?

- Conduite alimentaire restrictive volontaire
- Restriction quantitative et qualitative

7 Quelles sont les autres mesures utilisées fréquemment par les anorexiques mentales permettant l'amaigrissement en dehors de la restriction ?

- Techniques de purges : diurétiques, laxatifs, vomissements
- Augmentation des dépenses énergétiques : hormones thyroïdiennes, pratique intensive du sport

8 Quels sont les signes cliniques somatiques fréquemment observés en lien avec la dénutrition ?

- Dermatologique/stomatologique : peau violacée, cuivrée ; cheveux terne, sec ; ongles striés, cassants ; altération dentaire
- Musculaire : fonte musculaire avec yeux enfoncés dans leurs orbites
- Cardiovasculaire : œdème de carence, bradycardie, hypotension orthostatique, extrémités froides, hypothermie

9 Quelles sont les anomalies paracliniques fréquemment observées dans l'anorexie mentale ?

- En lien avec la dénutrition : hypoglycémie, hypokaliémie ++++ (vomissements), hypoprotidémie, anémie hypochrome
- En lien avec l'aménorrhée : hypogonadisme avec profil prépubaire (œstrogène effondrée, FSH normal et disparition du pic de LH)
- Syndrome de base T3/avec T4/et TSHus normales

10 Quels sont les facteurs de mauvais pronostics dans l'anorexie mentale ?

- Clinique : importance de la perte de poids, crises de boulimies, vomissements
- Épidémiologique : sexe masculin, âge tardif (> 25 ans) ou précoce (prépubère)
- Thérapeutique : retard de la prise en charge thérapeutique, refus des soins

11 Quelle est l'évolution habituelle de ce trouble ?

- Décès dans 10 % des cas
- 50 % des cas favorables après traitement
- Chronicisation des symptômes dans 40 % des cas

12 Quelles sont les complications psychiatriques fréquentes dans l'anorexie mentale ?

- Épisode dépressif
- Troubles addictifs (alcool, toxicomanie)
- Rigidification des traits de personnalité

13 Quelles sont les complications somatiques dans l'anorexie mentale ?

- Risque létal en lien avec un trouble cardiaque (trouble du rythme – hypokaliémie, tamponnade – dénutrition)
- Ostéoporose
- Altérations dentaires, bucco-pharyngées et digestives
- Impossibilité de grossesse

14 Quels examens réalisez-vous systématiquement dans l'anorexie mentale ?

- Examen clinique complet avec évaluation systématique du stade pubertaire (score de Tanner)
- Ionogramme sanguin, calcémie, phosphorémie, urée et créatinine plasmatique, hémogramme, TP, TCA, CRP, bilan lipidique, glycémie à jeun, transaminases hépatiques
- Électrocardiogramme (au besoin échographie cardiaque et holter rythmique)
- Ostéodensitométrie (à répéter une fois/an)

15 Quels sont les symptômes cliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

- Body Mass Index ($\text{poids}/\text{taille}^2$) $< 14 \text{ kg/m}^2$; amaigrissement brutal ; arrêt total de la prise alimentaire (aphagie) ; asthénie massive ; trouble de la vigilance
- Troubles cardiovasculaire : tension artérielle systolique $< 80 \text{ mmHg}$; diastolique $< 50 \text{ mmHg}$; bradycardie < 50 ou tachysystolie $> 100/\text{min}$
- Hypothermie ($< 35,5^\circ\text{C}$)

16 Quels sont les marqueurs paracliniques de gravité justifiant une hospitalisation ?

- Leucocytes $< 1500/\text{mm}^3$,
neutrophiles $< 1000/\text{mm}^3$,
plaquettes $< 50000/\text{mm}^3$
- Hypokaliémie $< 3 \text{ mM}$,
natrémie < 125 ou $> 150 \text{ mM}$,
créatininémie $> 100 \mu\text{M}$
- Urémie $> 15 \text{ mM}$,
taux de prothrombine $< 50 \%$,
hypophosphorémie
- Anomalies de l'ECG, péricardite de dénutrition, prolapsus mitral décompensé

17 Quelles sont les grandes modalités de la prise en charge de l'anorexie mentale ?

- Projet de réalimentation en ambulatoire ou en hospitalisation si échec ou complications somatiques, psychiatriques ou paracliniques
- Prise en charge psychothérapeutique individuelle
- Prise en charge psychothérapeutique familiale

18 Quelles sont les grandes modalités de la renutrition dans l'anorexie mentale ?

- Contrat de poids à fixer avec la patiente et le personnel soignant (éviter un contrat trop rigide)
- Programmer avec la patiente la reprise alimentaire progressive sur le plan qualitatif et quantitatif
- Rencontres diététicienne/patiente régulières pour planifier la composition du repas et le rythme de la reprise calorique
- Entretien personnel soignant-patiente pour éviter les contre attitudes et expliquer les modalités de la prise en charge
- En cas de refus du contrat, possibilité de sonde nasogastrique pour initier la reprise de poids et sortir du danger vital
- Pesée une fois par semaine, heures fixes, jours fixes

II. BOULIMIE

19 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue de la boulimie ?

- 4 % des adolescentes
- 1 homme/7 femmes
- 18-21 ans (incidence bimodale pré et post-pubère)

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la crise de boulimie proprement dite ?

- Ingurgitation massive, rapide, frénétique, d'une grande quantité d'aliments à forte teneur calorique (pain, beurre, pâte...)
- Sentiment de perte de contrôle sur le comportement alimentaire durant la crise

21 Quel est le déroulement habituel d'une crise de boulimie ? Préciser les caractères cliniques de chaque phase.

- Phase prodromique : le malade ressent une sensation envahissante et oppressante de faim associée à de l'angoisse et de l'irritation
- Phase d'état : crise de boulimie proprement dite (cf. question précédente)
- Fin de l'accès :
 - profond malaise physique (douleur et pesanteur abdominale, nausée, céphalée, fatigue intense) et psychique (honte, remord, culpabilité, mépris de soi)
 - comportements compensatoires inappropriés pour prévenir de la prise de poids : vomissements provoqués, abus de laxatifs et diurétiques, jeûne, exercice physique excessif

22 Quelles sont les habitudes alimentaires fréquemment observées chez les boulimiques en dehors des crises alimentaires ?

- Comportements compensatoires inappropriés pour prévenir la prise de poids : vomissements provoqués, abus de laxatifs et diurétiques, jeûne, exercice physique excessif
- Stratégie d'évitement alimentaire (refus de manger en public, obsessions des régimes)
- Préoccupation constante et obsédante de la nourriture (rêve, attirance pour la cuisine)

23 Quels sont les principaux diagnostics différentiels à éliminer en cas de boulimie ?

- Causes organiques : tumeur frontale, épilepsie partielle, encéphalopathie
- Causes psychiatriques : syndrome de Klein Levin +++
- Autres troubles alimentaires : grignotage, hyperphagie

24 Quels sont les examens complémentaires systématiques à réaliser devant la présence d'une boulimie ?

- Examen clinique complet avec évaluation systématique du stade pubertaire (score de Tanner)
- Ionogramme sanguin +++, calcémie, phosphorémie, urée et créatinine plasmatique, hémogramme, TP, TCA, CRP, bilan lipidique, glycémie à jeun, transaminases hépatiques
- Électrocardiogramme +++ (au besoin échographie cardiaque et holter rythmique)

25 Quelles sont les principales complications somatiques observées dans la boulimie ?

- Trouble du rythme cardiaque en rapport avec l'hypokaliémie +++
- Lésions stomatologiques : caries, stomatites, gingivites, hypertrophie des parotides
- Lésions gastro-entérologiques : œsophagite, gastrite, syndrome de Mallory-Weiss, rupture gastro-intestinale
- Pneumopathie d'inhalation
- Trouble du cycle menstruel (30 % des cas : dysménorrhée, aménorrhée, ménométrorragies)

26 Préciser le caractère évolutif de ce trouble.

- Guérison dans 50 % des cas
- Chronicisation dans 20 % des cas
- Rémission partielle dans 20 % des cas
- Décès dans 0,3 % des cas

27 Quelles sont les principales comorbidités psychiatriques observées dans ce trouble ?

- Autres comportements impulsifs : conduites addictives, automutilations
- Trouble de la personnalité : limite, narcissique, psychopathique, histrionique
- Trouble thymique secondaire (60 à 80 % des cas)
- Trouble anxieux (20 % des cas)

28 Quelles sont les indications d'une hospitalisation dans ce trouble ?

- Résistance au traitement ambulatoire
- Risque suicidaire élevé en rapport avec un effondrement dépressif sévère
- Recrudescence des accès boulimiques
- Complication organique des crises de boulimie ou des vomissements

29 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de ce trouble ?

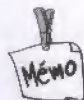
- Suivi ambulatoire dans 95 % des cas
- Thérapie individuelle
- Traitements médicamenteux : traitements des comorbidités

30 Quelles sont les modalités du contrat cognitivo-comportemental habituellement proposé aux patients souffrant de boulimie ?

- Période d'auto-observation en particulier pour reconnaître les signes précurseurs des crises
- Acquisition d'un nouvel apprentissage alimentaire (cadre fixe des repas, absence d'intervalles de plus de trois heures entre 2 repas, interdiction de faire une autre activité pendant les périodes d'alimentation)
- Identifier et corriger les idées erronées concernant les conduites alimentaires en général

Question
n° 43

Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte



- ❖ Structure générale du sommeil : sommeil paradoxale/sommeil lent profond
- ❖ Cliniques de terreurs nocturnes, somnambulisme, narcolepsie, syndrome de Klein Levin, syndrome d'apnée du sommeil
- ❖ Examens paracliniques : EEG du sommeil
- ❖ Rôle +++ de l'orientation clinique : éliminer les pathologies psychiatriques et les dépendances médicamenteuses et alcooliques
- ❖ Principales modalités thérapeutiques :
 - règles hygiéno-diététiques +++

I. PARASOMNIES

1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue des cauchemars ?

.....

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques des cauchemars ? À quelle période du cycle du sommeil sont-ils rattachés ?

.....

3 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence de cauchemars invalidants ?

.....

4 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue des terreurs nocturnes ?

.....

5 Quelles sont les caractéristiques cliniques des terreurs nocturnes ? À quelle période du cycle du sommeil sont-elles rattachées ?

.....

6 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence de terreurs nocturnes ?

7 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du somnambulisme ?

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques du somnambulisme ? À quelle période du cycle du sommeil est-il rattaché ?

9 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un somnambulisme ?

II. INSOMNIES

10 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'insomnie ?

11 Quelle est la conduite à tenir devant une insomnie transitoire ?

12 Quels sont les examens complémentaires à réaliser devant la présence d'une insomnie chronique ?

13 Quelles sont les principales causes d'insomnies secondaires ?

14 Quelles sont les caractéristiques cliniques habituelles des insomnies primaires ?

15 Quelles sont les caractéristiques du syndrome des mouvements périodiques des membres ?

16 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome d'apnée du sommeil ?

17 Quels sont les traitements médicaux et chirurgicaux du syndrome d'apnée du sommeil ?

18 Quelles sont les principales causes d'insomnies en lien avec une anomalie du rythme circadien ?

III. HYPERSOMNIES

19 Quelles sont les principales causes d'hypersomnies ?

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de la narcolepsie ?

21 Quels sont les examens complémentaires à réaliser systématiquement dans la narcolepsie ?

22 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de la narcolepsie ?

23 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome de Klein Levin ?

24 Quel diagnostic psychiatrique faut-il systématiquement éliminer en cas de suspicion d'un syndrome de Klein Levin ?

25 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques du syndrome de Klein Levin ?

I. PARASOMNIES

1 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue des cauchemars ?

- 10 à 50 % des enfants âgées de 3 à 5 ans ; disparaît en général à la puberté
- Prévalence des cauchemars invalidants de l'adulte est inconnue ; 50 % des adultes ont des cauchemars occasionnels
- Plus fréquent chez les femmes : 2 à 4 femmes pour 1 homme

2 Quelles sont les caractéristiques cliniques des cauchemars ? À quelle période du cycle du sommeil sont-ils rattachés ?

- Rêves comportant un danger pour la survie, la sécurité ou l'estime de soi
- Entraînent des réveils répétés au cours de la période principale de sommeil ou de la sieste
- Surviennent uniquement durant le sommeil paradoxal et sont donc plus fréquents en deuxième partie de nuit
- Au moment du réveil, le patient est rapidement orienté et pleinement éveillé
- Le patient peut raconter en détail la séquence onirique et son contenu

3 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence de cauchemars invalidants ?

- Réassurance du patient et de sa famille
- Préciser le caractère spontanément résolutif en général des cauchemars
- Interdire aux parents l'administration d'hypnotique
- Suivi psychothérapeutique en particulier si anticipation anxieuse à l'endormissement ou événement traumatisant récent ayant précédé la survenue des cauchemars
- En cas de cauchemars très invalidants, antidépresseur sérotoninergique à faible dose (afin de diminuer la durée du sommeil paradoxal)

4 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue des terreurs nocturnes ?

- 1 à 6 % des enfants de moins de 15 ans ; 1 % des adultes
- Débutent en général entre 4 et 12 ans chez l'enfant et entre 20 et 30 ans chez l'adulte
- Chez l'enfant, plus fréquent chez les filles ; équivalence du sex-ratio chez l'adulte

5 Quelles sont les caractéristiques cliniques des terreurs nocturnes ? À quelle période du cycle du sommeil sont-elles rattachées ?

- Réveils soudains (souvent incomplets) débutant habituellement par un cri de terreur ou des pleurs : enfant assis dans le lit hurlant
- Associés à une peur intense et une activation neurovégétative : enfant tachypnéique, polypnéique, en sueur, érythrosique
- Surviennent durant le sommeil lent profond (stade 3 ou 4) et sont donc les plus fréquentes en début de nuit
- Durent 1 à 10 minutes
- Pendant l'épisode, le patient ne réagit pas aux efforts faits par l'entourage pour le réconforter
- S'accompagne d'une amnésie de l'épisode (aucune remémoration d'un rêve)

6 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence de terreurs nocturnes ?

- Réassurance de la famille ; du fait de l'amnésie le patient n'exprime pas de plainte
- Préciser le caractère spontanément résolutif en général avant 7 ans
- Interdire aux parents l'administration d'hypnotique
- En cas de terreurs très invalidantes, antidépresseur sérotoninergique à faible dose

7 Quels sont la prévalence, le sex-ratio et l'âge de survenue du somnambulisme ?

- 1 à 5 % des enfants de moins de 15 ans
- Débutent en général entre 4 et 8 ans chez l'enfant
- Sex-ratio 1/1

8 Quelles sont les caractéristiques cliniques du somnambulisme ? À quelle période du cycle du sommeil est-il rattaché ?

- Épisodes répétés au cours desquels le patient quitte son lit et déambule durant son sommeil
- Au cours des déambulations, visage inexpressif, regard fixe, absence de réaction aux sollicitations de l'entourage pour communiquer avec lui
- Le patient ne peut être éveillé qu'avec beaucoup de difficultés
- À l'éveil, amnésie de l'épisode, mais absence de confusion ou de désorientation de longue durée
- Surviennent durant le sommeil lent profond (stade 3 ou 4) et sont donc les plus fréquents en début de nuit

9 Quelle est l'attitude thérapeutique à adopter devant la présence d'un somnambulisme ?

- Réassurance de la famille ; du fait de l'amnésie le patient n'exprime pas de plainte
- Préciser le caractère spontanément résolutif en général avant 15 ans
- Interdire aux parents l'administration d'hypnotique
- En cas de somnambulisme très invalidants : antidépresseur sérotoninergique à faible dose

II. INSOMNIES

10 Quelles sont les caractéristiques cliniques de l'insomnie ?

- Plaintes concernant difficulté d'endormissement ; difficulté de maintien du sommeil ; réveils matinaux ou sommeil non réparateur
- S'accompagne d'une fatigue diurne qui interfère sur le fonctionnement du patient

11 Quelle est la conduite à tenir devant une insomnie transitoire ?

- Recherche de facteurs déclenchants à l'origine du déclenchement de l'insomnie
- Traitement des facteurs déclenchants si possible (ex. : toux chronique, crise d'asthme nocturne, etc.)
- Absence de traitement spécifique en dehors de l'enrayement des facteurs déclenchants

12 Quels sont les examens complémentaires à réaliser devant la présence d'une insomnie chronique ?

- Agenda du sommeil
- Enregistrement polysomnographique
- Actimétrie en cas de trouble du rythme circadien suspecté

13 Quelles sont les principales causes d'insomnies secondaires ?

- Iatrogènes et toxiques : caféine, alcool, hypnotiques pris au long cours, antidépresseur, corticoïde...
- Psychiatriques (60 % des causes d'insomnie) : dépression, syndrome maniaque, schizophrénie, anxiété
- Anomalies de la ventilation pulmonaire : syndrome d'apnées du sommeil, hypoventilation alvéolaire centrale...
- Perturbations du rythme circadien : syndrome de retard ou d'avance de phase, décalage horaire, travail nocturne, rythme veille-sommeil hyper-nycthéméral
- Mouvements des membres inférieurs : syndrome des mouvements périodiques des membres, syndrome des jambes sans repos

14 Quelles sont les caractéristiques cliniques habituelles des insomnies primaires ?

- Débute entre 20 et 40 ans
- Absence d'arguments en faveur d'une insomnie secondaire
- Le plus souvent difficulté pour se rendormir après un ou plusieurs éveils nocturnes
- Paradoxalement endormissement assez facile sur le fauteuil en lisant ou en regardant la télévision

15 Quelles sont les caractéristiques du syndrome des mouvements périodiques des membres ?

- Mouvements d'extension du gros orteil, dorsiflexion du pied
- Durée 2 à 5 secondes
- Suivis de réveils chez la majorité des patients
- Pathologique si supérieur à 5 réveils par heure
- Toujours à évoquer ce diagnostic en présence d'une insomnie

16 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome d'apnée du sommeil ?

- Somnolence diurne
- Ronflements nocturnes avec arrêts respiratoires répétés suivis d'une reprise respiratoire bruyante
- Éveil bref après chaque apnée
- Obésité (30 % des cas), HTA, hypertrophie amygdalienne, voile pharyngée long et hypotonique, paroi pharyngée plissée

17 Quels sont les traitements médicaux et chirurgicaux du syndrome d'apnée du sommeil ?

- Pression positive continue +++
- Ostéotomie bi maxillaire

18 Quelles sont les principales causes d'insomnies en lien avec une anomalie du rythme circadien ?

- Syndrome de retard ou d'avance de phase du sommeil
- Décalage horaire
- Travail nocturne
- Rythmes veilles-sommeil hyper-nycthéméraux (personnes non voyantes, schizophrénie...)

III. HYPERSOMNIES

19 Quelles sont les principales causes d'hypersomnies ?

- Hypersomnies secondaires (toxique, médicamenteuse, anomalie du rythme circadien, neurologique, infectieuse...)
- Hypersomnies primaires (narcolepsie, syndrome de Klein Levin, idiopathique)

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques principales de la narcolepsie ?

- Somnolence diurne, de durée variable (1 heure)
- Accès de catalepsie : abolition rapidement progressive du tonus musculaire sous l'influence d'une émotion
- Hallucinations hypnagogiques ou hypnopompiques
- Paralyse souvent passagère : incapacité à mobiliser normalement les membres inférieurs ou à respirer normalement durant quelques minutes

21 Quels sont les examens complémentaires à réaliser systématiquement dans la narcolepsie ?

- Enregistrement polysomnographique
- Typage HLA (DR2DQ1 +++)
- IRM cérébrale

22 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de la narcolepsie ?

- Psycho-stimulant (Modiodal®) modafinil, (Ritaline®) méthylphénidate
- Psychothérapie comportementale (sieste durant la journée)

23 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques du syndrome de Klein Levin ?

- Hypersomnie diurne
- Hyperphagie voire mégaphagie
- Troubles des conduites sexuelles (masturbation ++)
- Trouble de l'humeur, trouble du caractère

24 Quel diagnostic psychiatrique faut-il systématiquement éliminer en cas de suspicion d'un syndrome de Klein Levin ?

- Schizophrénie

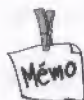
25 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques du syndrome de Klein Levin ?

- Chimiothérapeutique (Teralithe®) lithium
- Psychothérapie comportementale

Questions
n° 44
et n° 189

**Risque suicidaire de l'enfant
et de l'adulte : identification
et prise en charge**

**Conduite suicidaire
chez l'adolescent et l'adulte**



- ❖ Définition suicide, tentative de suicide, idée suicidaire, suicidaire, suicidant, suicidé
- ❖ 150 à 180 000 TS/an et 12 000 suicides/an
- ❖ Connaître les facteurs de risque suicidaire
- ❖ Modalités de la prise en charge du suicidant aux urgences

1 Quelles sont les définitions de : suicide, tentative de suicide (TS), idée suicidaire, suicidaire, suicidant, suicidé ?

2 Quels sont la fréquence, le sex-ratio et l'âge de survenue des tentatives de suicide et des suicides ?

3 Quelles sont les caractéristiques des idées suicidaires suggérant un risque suicidaire élevé ?

4 Quels sont les facteurs de vulnérabilité somatiques majorant le risque suicidaire ?

5 Quels sont les facteurs de vulnérabilité psychiatriques majorant le risque suicidaire ?

6 Quels sont les facteurs de vulnérabilité épidémiologiques des sujets à risque ?

- 7** Quels sont les facteurs de vulnérabilité sociologiques des sujets à risque ?
-
- 8** Quels sont les facteurs de vulnérabilité affectifs des sujets à risque ?
-
- 9** Quels sont les six éléments à explorer systématiquement pour évaluer le risque suicidaire ?
-
- 10** Quels sont les 4 principes de base de la prise en charge d'un patient suicidaire ?
-
- 11** Quelles sont les indications d'une hospitalisation d'un patient suicidaire se présentant aux urgences ?
-
- 12** Si une hospitalisation est nécessaire, que faire si le patient refuse ?
-
- 13** Quelles sont les indications d'un suivi ambulatoire d'un suicidant se présentant aux urgences ?
-
- 14** Y a-t-il des indications d'un traitement anxiolytique en urgence ? Lesquelles ?
-
- 15** Y a-t-il des indications d'un traitement antidépresseur en urgence ? Lesquelles ?
-
- 16** Existe-t-il un traitement qui lors d'une prescription au long cours diminue le risque suicidaire ?
-

1 Quelles sont les définitions de : suicide, tentative de suicide, idée suicidaire, suicidaire, suicidant, suicidé ?

- **Suicide** : meurtre de soi-même
- **Suicidé** : sujet dont le geste a été mortel
- **Tentative de suicide** : conduite ayant pour but de se donner la mort sans y parvenir
- **Suicidant** : individu survivant à une TS
- **Idée suicidaire** : conceptualisation de la tendance suicidaire et élaboration d'un projet
- **Suicidaire** : individu ayant des idées de suicide

2 Quels sont la fréquence, le sex-ratio et l'âge de survenue des tentatives de suicide et des suicides ?

- **Tentative de suicide** : 150 à 180 000 TS/an ; 2 pics d'incidence, le premier durant l'adolescence 15-19 ans, l'autre après l'âge de 45 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes ; sex-ratio 4 femmes/1 homme
- **Suicide** : 12 000/an ; incidence en lien avec celle des TS ; sex-ratio 4 hommes/1 femme

3 Quelles sont les caractéristiques des idées suicidaires suggérant un risque suicidaire élevé ?

- Degré d'élaboration du projet suicidaire (moyens envisagés, plans suicidaires précis)
- Adhésion au projet suicidaire (intentionnalité suicidaire, caractère obsédant de l'idéation, réaction du patient à ses idées)
- ATCD personnel ou familial de TS ou de suicide
- Méthode létale accessible

4 Quels sont les facteurs de vulnérabilité somatiques majorant le risque suicidaire ?

- Pathologie d'évolution fatale (cancer, HIV, affections dégénérative...)
- Douleur intolérable (zona intercostal)
- Maladie chronique (lupus)

5 Quels sont les facteurs de vulnérabilité psychiatriques majorant le risque suicidaire ?

- ATCD personnel ou familial de TS
- ATCD personnel d'hospitalisation en psychiatrie
- Épisode dépressif sévère
- Schizophrénie
- Trouble grave de la personnalité ; impulsivité

6 Quels sont les facteurs de vulnérabilité épidémiologiques des sujets à risque ?

- Sujet âgé > 65 ans ou adolescent
- Sexe masculin

7 Quels sont les facteurs de vulnérabilité sociologiques des sujets à risque ?

- Chômage
- Travail manuel pénible
- Emploi précaire
- Isolement social
- Difficultés scolaires

8 Quels sont les facteurs de vulnérabilité affectifs des sujets à risque ?

- Isolement affectif
- Faible capacité d'introspection (insight)
- Étayage familial de mauvaise qualité
- Contexte de deuil
- Divorce parental ou pathologie du couple

9 Quels sont les six éléments à explorer systématiquement pour évaluer le risque suicidaire ?

- Le niveau de souffrance du patient
- Le degré d'intentionnalité
- Les éléments d'impulsivité
- L'existence d'un facteur précipitant
- Présence de moyens létaux à disposition
- Qualité du soutien de l'entourage proche

10 Quels sont les 4 principes de base de la prise en charge d'un patient suicidaire ?

- **Projet adapté aux différents contextes de crises suicidaires**
- **Prise en compte des interrelations de l'individu avec l'entourage et l'ensemble du tissu social**
- **Prise en charge pluridisciplinaire de la crise**
- **Importance de l'attitude d'écoute des soignants**

11 Quelles sont les indications d'une hospitalisation d'un patient suicidaire se présentant aux urgences ?

- **Risque suicidaire imminent**
- **Situation d'insécurité sévère dans les perspectives de sortie**
- **Perplexité anxieuse sans distanciation vis-à-vis de la souffrance psychique**

12 Si une hospitalisation est nécessaire, que faire si le patient refuse ?

- **Établir un certificat d'Hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT)**

13 Quelles sont les indications d'un suivi ambulatoire d'un suicidaire se présentant aux urgences ?

- **Entourage affectif de qualité, compréhensif et présent**
- **Ambiance dédramatisée mais consciente du problème**
- **Bon contact et réponse positive au soutien psychothérapeutique**

14 Y a-t-il des indications d'un traitement anxiolytique en urgence ? Lesquelles ?

- **Risque de passage à l'acte suicidaire**
- **Crise d'angoisse intense**

15 Y a-t-il des indications d'un traitement antidépresseur en urgence ? Lesquelles ?

- **Pas d'indication**

16 Existe-t-il un traitement qui lors d'une prescription au long cours diminue le risque suicidaire ?

- **Le lithium dans la maladie bipolaire**
- **Ramène le risque suicidaire à un taux proche de celui de la population générale**

Question
n° 45

**Addiction et conduites
dopantes : épidémiologie,
prévention, dépistage.
Morbidity, comorbidité et
complications. Prise en charge,
traitements substitutifs et
sevrage : alcool, tabac, psycho-
actifs et substances illicites**



- ❖ Problème de Santé publique
- ❖ Dépendance : psychique (craving) ou physique (tolérance, sevrage)
- ❖ Intox aiguë : overdose héroïne et Narcan®, benzo-diazépine et anexate
- ❖ Prévention DT et épilepsie sevrage alcool : benzo-diazépines
- ❖ Ne pas oublier vitamine B1 pour Gayet-Wernicke
- ❖ Fréquence comorbidités et codépendances
- ❖ Abord pluridisciplinaire, travail en réseau
- ❖ Savoir limiter/éviter prescription substances entraînant dépendance (benzodiazépines ++)

I. GÉNÉRALITÉS

- 1 Quels sont les critères cliniques généraux des dépendances ?
- 2 Qu'est-ce que la tolérance ?
- 3 Qu'est-ce que l'abus ou usage nocif ?
- 4 Quelles sont les comorbidités à toujours rechercher ?
- 5 Quelles sont les modalités de prise en charge communes aux addictions ?
- 6 Quelles sont les modalités de soins et de suivi après sevrage ?

II. ALCOOL

- 7** Quelle est la prévalence de l'alcoolisme ?
-
- 8** Quels sont les seuils actuels de consommation à partir desquels l'OMS définit actuellement les consommateurs en mésusage d'alcool ?
-
- 9** Qu'est-ce que la CDA ?
-
- 10** Qu'est-ce qu'une unité internationale d'alcool et sa valeur ?
-
- 11** Quels sont les outils utilisables pour le dépistage de l'alcool ?
-
- 12** Quelles sont les plus fréquentes comorbidités psychiatriques de l'alcoolodépendance ?
-
- 13** Quelle est la typologie de l'alcoolisme selon Cloninger ?
-
- 14** Qu'est-ce que l'alcoolisme secondaire ?
-
- 15** Quels sont les signes cliniques de l'intoxication alcoolique chronique ?
-
- 16** Quels sont les examens biologiques utilisés en alcoologie ?
-
- 17** Quelles sont les principales formes cliniques de l'intoxication alcoolique aiguë ?
-

18 Quelles sont les 2 complications majeures à rechercher lors d'une intoxication alcoolique aiguë chez un sujet jeune, non alcoolo-dépendant ?

19 Quelles sont les modalités du sevrage alcoolique ?

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques du delirium tremens ?

21 Quelles sont les modalités de la prise en charge du DT ?

22 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques des épilepsies de sevrage ?

23 Quelles sont les modalités de la prise en charge des épilepsies de sevrage ?

24 Quelle est l'atteinte cardiovasculaire la plus fréquente chez l'homme à consommation chronique d'alcool ?

25 Quelles sont les contre-indications du sevrage alcoolique en ambulatoire ?

26 Quelle est la dénomination actuelle de la structure de soins ambulatoires spécialisée en alcoologie ?

27 Quelles sont les modalités de prise en charge d'un état dépressif chez un alcoolo-dépendant ?

28 Quelles sont les caractéristiques cliniques du Syndrome Alcoolique Fœtal ?

- 29** Quels sont les principaux médicaments ayant fait preuve de leur efficacité dans l'aide à l'abstinence ?
-

III. TABAC

- 30** Quelles sont la prévalence de la dépendance au tabac et sa morbidité ?
-

- 31** Quel est l'outil d'évaluation fréquemment utilisé de la dépendance tabagique ?
-

- 32** Quelles sont les manifestations cliniques observées dans le sevrage tabagique ?
-

- 33** Quels sont les traitements ayant démontré une efficacité dans le sevrage au tabac ?
-

- 34** Quelles sont les contre-indications du traitement par Zyban® ?
-

IV. DÉPENDANCE AUX OPIACÉS

- 35** Quelle est la prévalence de la dépendance aux opiacés (et sa répartition) ?
-

- 36** Quels sont les symptômes cliniques faisant suspecter un surdosage à l'héroïne ? Quelle est sa prise en charge ?
-

- 37** Quelles sont les manifestations cliniques du sevrage à l'héroïne ?
-

38 Quelles sont les modalités habituelles de sevrage à l'héroïne en France ?

39 Quels sont les produits de substitution de l'héroïne réglementés ?

V. AUTRES SUBSTANCES

40 Quelle est la prévalence de l'usage de cocaïne ?

41 Quelles sont les principales voies d'utilisation de la cocaïne ?

42 Quelles sont les complications liées à la prise de cocaïne ?

43 Quels sont les principaux symptômes cliniques observés dans le syndrome de manque aux stimulants (cocaïne, amphétamines) ?

44 Quels sont les principaux symptômes cliniques observés lors du sevrage aux benzodiazépines ?

45 Quelles sont les principales modalités de prise en charge du sevrage aux benzodiazépines ?

46 Qu'est-ce que l'ecstasy ?

47 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la consommation de cannabis ?

48 Quel est le produit actif du cannabis ?

I. GÉNÉRALITÉS

- 1 Quels sont les critères cliniques généraux des dépendances ?
 - « Impossibilité de s'abstenir de consommer » avec 2 composantes :
 - dépendance psychique (craving)
 - dépendance physique (tolérance et syndrome de sevrage)
- 2 Qu'est-ce que la tolérance ?
 - Augmentation des doses pour avoir le même effet ou diminution de l'effet pour la dose habituelle
- 3 Qu'est-ce que l'abus ou usage nocif ?
 - Mode inadapté de consommation qui aboutit à des effets néfastes mais ne s'accompagne pas de tolérance, ni de signes de sevrage, ni d'utilisation compulsive
- 4 Quelles sont les comorbidités à toujours rechercher ?
 - Autres dépendances
 - Troubles anxieux et dépressif
 - Infections (HIV, hépatites B et C)
- 5 Quelles sont les modalités de prise en charge communes aux addictions ?
 - Alliance thérapeutique
 - Prise en charge pluridisciplinaire
 - Évaluation psychopathologique
 - Évaluation de la dépendance au produit
 - Évaluation des codépendances (tabac, alcool, opiacés, benzodiazépines, cocaïne, amphétamine, hallucinogènes)
 - Évaluation sociale
 - Évaluation somatique (clinique et paraclinique)
 - Évaluer l'opportunité du sevrage : « au nom de qui ? » (patient, entourage, justice...), dans quel but ? À quel produit ? (sevrage sélectif ou simultané) Quand ?
 - Négociation du projet : contrat de soin, cadre dans lequel il va se dérouler (ambulatoire, hospitalier)
- 6 Quelles sont les modalités de soins et de suivi après sevrage ?
 - Suivi médical : prise en charge des pathologies contractées
 - Accompagnement social : restaurer l'inscription sociale du patient

- Suivi éducatif : accompagnement actif dans le quotidien
- Soutien psychologique : recommander un psychiatre consultant

II. ALCOOL

7 Quelle est la prévalence de l'alcoolisme ?

- 2 millions alcoolo-dépendants dont 600 000 femmes
- 20 % des consultants de généraliste, 25 % des hospitalisés auraient un problème d'alcool (mésusage)

8 Quels sont les seuils actuels de consommation à partir desquels l'OMS définit actuellement les consommateurs en mésusage d'alcool ?

- Pas plus de 21 verres par semaine pour l'usage régulier chez l'homme et 14 verres chez la femme
- Jamais plus de 4 verres par occasion pour l'usage ponctuel et pris en dehors de situations à risque (conduite automobile, poste de travail...)

9 Qu'est-ce que la CDA ?

- Consommation déclarée d'alcool, à estimer en « verre » ou UIA (unité internationale d'alcool)

10 Qu'est-ce qu'une unité internationale d'alcool et sa valeur ?

- Toute consommation de type commerciale, le « verre » standard ou UIA contient en moyenne 10 grammes d'alcool pur
- Un « verre » correspond à 1 alcoolémie de 0,2 g/l

11 Quels sont les outils utilisables pour le dépistage de l'alcool ?

- Le questionnaire DETA-CAGE est un outil simple de dépistage : une réponse positive à deux questions sur quatre est un bon critère prédictif de consommation d'alcool

12 Quelles sont les plus fréquentes comorbidités psychiatriques de l'alcoolo-dépendance ?

- 40 % des alcoolo-dépendants présenteraient un autre trouble mental :
 - autres dépendances (tabac et benzodiazépines)
 - trouble de la personnalité antisociale
 - dépression (30 % des alcoolo-dépendants auront une dépression dans leur vie), trouble bipolaire ++
 - troubles anxieux (phobie, trouble panique)

13 Quelle est la typologie de l'alcoolisme selon Cloninger ?

- **Type I : alcoolisme de milieu ; début tardif (après 25 ans), évolution lente, dans les deux sexes**
- **Type II : majoritairement masculin, début avant 25 ans, évolution rapide vers conséquences somatiques et sociales, conduites antisociales, composante génétique forte**

14 Qu'est-ce que l'alcoolisme secondaire ?

- **Conduite addictive survenant sur un trouble psychiatrique préexistant (trouble de la personnalité, dépression, trouble anxieux...)**

15 Quels sont les signes cliniques de l'intoxication alcoolique chronique ?

- **Aspect du visage : congestionné, couperosé (pommettes, nez)**
- **Conjonctifs : capillaires dilatés, aspect sub-ictérique possible**
- **Langue : couverte d'un enduit épais, papilles rouges et tuméfiées**
- **Tremblements de la bouche, langue, extrémités calmés par la prise d'alcool**
- **Insomnie, cauchemars, irritabilité, trouble de la mémoire, anxiété**
- **Digestifs : brûlures gastriques, anorexie, pituite matinale, amaigrissement**
- **Moteurs : crampes nocturnes, paresthésie, fatigabilité**

16 Quels sont les examens biologiques utilisés en alcoologie ?

- **Pour dépistage : VGM, GGT et TG en première intention ; transaminase si suspicion atteinte hépatique (ASAT > ALAT)**
- **Pour le suivi : GGT et VGM et en seconde intention : CDT (carbohydre déficient transferrin ou transferrine désialylée)**

17 Quelles sont les principales formes cliniques de l'intoxication alcoolique aiguë ?

- **Ivresse simple : trouble de l'attention, incoordination, euphorie, labilité émotionnelle**
- **Ivresses pathologiques : formes psychiatriques (excito-motrice, hallucinatoire, délirante, mode persécutif fréquent) volontiers récidivantes pour un individu donné**

- Coma alcoolique (> 3 g/l) : pupille mydriase aréactive, hypothermie, hypotonie...)
- Réaction variable selon le sexe et si consommation régulière ou non

18 Quelles sont les 2 complications majeures à rechercher lors d'une intoxication alcoolique aiguë chez un sujet jeune, non alcoolo-dépendant ?

- Hypothermie
- hypoglycémie



Ne pas oublier recherche de toxique associé

19 Quelles sont les modalités du sevrage alcoolique ?

- Hydratation per os abondante chez malade conscient (sans hyperhydratation qui peut être nocive)
- Diazépam (Valium®) : 10 mg/6 heures, diminution 1 cp/j (arrêt J7)
- Si IHC préférer oxazépam (Seresta®) car métabolisme non modifié
- Vitaminothérapie surtout B1 (500 mg/j), B6 et PP (cofacteur), per os
- Acide folique à discuter chez femme enceinte (diminue risque de malformation fœtale)
- Magnésium si hypokaliémie

20 Quelles sont les caractéristiques cliniques du delirium tremens ?

- Survient lors d'un sevrage
- Délai d'apparition > 24 h après arrêt consommation
- Présence des autres signes de sevrage (dont tremblements majeurs)
- Tableau confusionnel
- Hallucinations multimodales, auditives, somesthésiques et surtout visuelles (thématiques effrayantes : zoopsies, thèmes professionnels)
- Agitation (adhésion aux idées délirantes), risque passage à l'acte
- Durée habituelle de 3 à 5 jours (tableau confusionnel parfois plus prolongé sur terrain débilite)
- Pas de séquelles neurologiques liées au seul DT
- Mortalité au décours de 5 à 10 % (++) si défaillance viscérale préexistante)

- Connaître la fréquence des tableaux tronqués : traitement partiel par benzodiazépines, utilisation bêtabloquant masquant les tremblements
- Connaître l'existence de facteurs de risques (ATCD DT ou épilepsie de sevrage...)

21 Quelles sont les modalités de la prise en charge du DT ?

- Hospitalisation, pronostic vital en jeu, unité de soins intensifs
- Rechercher les facteurs favorisants (infections, traumatismes)
- Chambre éclairée sans contention
- Hydratation orale si possible ou parentérale abondante (à adapter à la clinique et au ionogramme)
- Vitaminothérapie : B1 (thiamine) parentérale systématique 500 mg/j ; associer B6 et PP
- Magnésium si hypokaliémie
- Benzodiazépines dose de charge IV jusqu'au sommeil à adapter ensuite à la clinique
- Surveillance clinique et biologique
- Agitation non contrôlable : emploi de NLP sous couverture benzodiazépines
- Prise en charge alcoolo-dépendance au décours
- Si rechute prévoir un sevrage hospitalier de préférence (risque de récurrence)

22 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques des épilepsies de sevrage ?

- 6 % des alcoolo-dépendants en sevrage
- Période de sevrage totale ou relative
- Survenue précoce < 24 h
- Crises généralisées tonicocloniques rarement partielles
- Uniques ou multiples (< 50 %)
- Autres signes de sevrages suivent
- État de mal dans 8 %
- Évolution vers DT possible

23 Quelles sont les modalités de la prise en charge des épilepsies de sevrage ?

- Traitement de la crise (en général benzodiazépines)
- Traitement de la dépendance (abstinence)

- Risque de récurrence 30 % à 3 ans (identique à celui de la crise spontanée dans la population générale)
- Pas de traitement de fond
- Exploration si première crise (TDM)

24 Quelle est l'atteinte cardiovasculaire la plus fréquente chez l'homme à consommation chronique d'alcool ?

- Hypertension artérielle

25 Quelles sont les contre-indications du sevrage alcoolique en ambulatoire ?

- Alcooliques : dépendance physique sévère ; ATCD de DT ou de crise convulsive de sevrage ; échec d'un essai sincère de sevrage ambulatoire
- Somatiques : affection somatique sévère justifiant une hospitalisation
- Psychiatriques : syndrome dépressif ou autre pathologie psychiatrique sévère ; dépendance associée à certains produits psycho-actifs
- Socio-environnementales : processus avancé de désocialisation ; mauvais support (ou rejet) familial

26 Quelle est la dénomination actuelle de la structure de soins ambulatoires spécialisée en alcoologie ?

- Les centres de cure ambulatoire en alcoologie (CCAA) anciennement centre d'hygiène alimentaire et d'alcoologie (CHAA)

27 Quelles sont les modalités de prise en charge d'un état dépressif chez un alcoolodépendant ?

- Des symptômes dépressifs contemporains du syndrome de sevrage existent chez plus de 80 % des patients
- En l'absence de signes de gravité (intensité des symptômes dépressifs, idées suicidaires permanentes) un délai de 2 à 4 semaines après sevrage semble préférable avant de débiter un TTT antidépresseur (régression fréquente des symptômes sous sevrage seul)

28 Quelles sont les caractéristiques cliniques du Syndrome Alcoolique Fœtal ?

- Retard de croissance pré et/ou post-natal
- Altération du SNC (QI plus souvent limite)
- Dysmorphie faciale

29 Quels sont les principaux médicaments ayant fait preuve de leur efficacité dans l'aide à l'abstinence ?

- Réducteur de l'appétence : acamprosate (Aotal®), naltrexone (Revia®)
- Traitement à visée aversif : disulfirame (Espanal®)

III. TABAC

30 Quelles sont la prévalence de la dépendance au tabac et sa morbidité ?

- 34 % de la population française en 1998 fume
- 1 fumeur sur 2 (1 paquet/j) décèdera d'une pathologie liée au tabac (cancers, pathologie pulmonaire, pathologie cardiovasculaire)
- 60 000 décès par an en France

31 Quel est l'outil d'évaluation fréquemment utilisé de la dépendance tabagique ?

- Le test de Fagerstrom constitue le meilleur outil de mesure de la dépendance, qu'il mesure par un score noté sur 10. Son utilisation est aisée

32 Quelles sont les manifestations cliniques observées dans le sevrage tabagique ?

- Débute en quelques heures, est max au deuxième jour, et dure 4 semaines (6 mois pour les compulsions)
- Troubles du caractère : humeur instable, insomnie, irritabilité, colère
- Anxiété
- Troubles de la concentration
- Diminution du rythme cardiaque de 8 battements par min en moyenne
- Augmentation de l'appétit
- Prise de poids de 2 à 3 kilos
- Compulsions à reprendre une cigarette
- Appétence pour le sucre
- Augmentation de la toux
- Diminution des performances sur des tâches nécessitant de la vigilance

33 Quels sont les traitements ayant démontré une efficacité dans le sevrage au tabac ?

- Substituts nicotiniques : gomme à mâcher, timbre transdermique (patch), inhalateur
- Bupropion (Zyban®)
- Thérapie cognitivo-comportementale (TCC)

34 Quelles sont les contre-indications du traitement par Zyban® ?

- Trouble convulsif évolutif ou antécédent de convulsion
- Tumeur cérébrale
- Troubles bipolaires
- Sevrage alcoolique ou de benzodiazépines en cours
- Traitement par IMAO
- Anorexie, boulimie actuelle ou ancienne
- Insuffisance hépatique sévère

IV. DÉPENDANCE AUX OPIACÉS

35 Quelle est la prévalence de la dépendance aux opiacés (et sa répartition) ?

- 160 000 héroïnomane en France ; traitement de substitution : 50 000 patients sous Subutex® ; 6 000 sous méthadone

36 Quels sont les symptômes cliniques faisant suspecter un surdosage à l'héroïne ? Quelle est sa prise en charge ?

- Diagnostic : triade de l'overdose : dépression respiratoire, myosis serré bilatéral, coma
- Traitement : urgence médicale
- Narcan® : 1 ampoule en IV, renouvelable
- Soins de réanimation (intubation, ventilation)

37 Quelles sont les manifestations cliniques du sevrage à l'héroïne ?

- 12 heures après la dernière prise d'héroïne (retardé si produit de substitution) : bâillements, larmoiements, rhinorrhée, mydriase, sueurs, piloérection, angoisse
- 24 heures : majoration des signes et apparition de contractions musculaires, irritabilité, insomnie, nausées, frissons

- 3^e jour, acmé des symptômes : sur le plan somatique diarrhée, vomissement, déshydratation, tachycardie, hypertension artérielle ; troubles biologiques : hémococoncentration, hyperleucocytose, éosinopénie, hyperglycémie
- 8^e jour : régression des symptômes : anxiété et insomnie peuvent persister ; dépister réaction dépressive au décours

38 Quelles sont les modalités habituelles de sevrage à l'héroïne en France ?

- Sevrage hospitalier, sans utilisation simultanée d'un agoniste opiacé
- Avec traitements spécifiques (contre hyperfonctionnement adrénergique) : clonidine (Catapressan®), surveillance TA. Arrêt au 8^e jour
- Et traitements symptomatiques : antalgique, spasmolytique, antinauséux, antidiarrhéique ; sédatifs et hypnotique en évitant si possible benzodiazépines

39 Quels sont les produits de substitution de l'héroïne réglementés ?

- Méthadone (initié en centre spécialisé)
- Subutex® (peut être initié par tous les médecins)

V. AUTRES SUBSTANCES

40 Quelle est la prévalence de l'usage de cocaïne ?

- De l'ordre de 1 % de la population, en augmentation
- Usage récréatif (rave partie) ou milieu toxicomane (en association)

41 Quelles sont les principales voies d'utilisation de la cocaïne ?

- Voie nasale
- Voie IV
- Voie pulmonaire (crack)

42 Quelles sont les complications liées à la prise de cocaïne ?

- Psychiatriques : agressivité, dépression, délire
- Cardiaques : infarctus du myocarde, trouble de la conduction, AVC, HTA
- ORL : ulcération, perforation de la cloison nasale
- Neurologiques : épilepsie, AVC
- Infectieuses : VIH, hépatite B et C

43 Quels sont les principaux symptômes cliniques observés dans le syndrome de manque aux stimulants (cocaïne, amphétamines) ?

- **Asthénie, anhédonie, dyssomnie**
- **Apparition quelques jours après l'arrêt, peut persister jusqu'à 10 semaines**
- **Savoir repérer et traiter un possible syndrome dépressif constitué**

44 Quels sont les principaux symptômes cliniques observés lors du sevrage aux benzodiazépines ?

- **Souvent après des traitements poursuivis plus de 3 mois**
- **Dans un délai de 1 à 10 jours (selon molécule)**
- **Intensité serait plus importante si demi-vie courte**
- **Anxiété, irritabilité, troubles du sommeil**
- **Douleurs diffuses, troubles digestifs, hypotension**
- **Troubles sensoriels, possibles hallucinations**
- **Crises comitiales possibles**

45 Quelles sont les principales modalités de prise en charge du sevrage aux benzodiazépines ?

- **Jamais d'arrêt brutal**
- **Réduction par palier du produit habituel**
- **Ou substitution par benzodiazépine à demie vie longue (Valium®, Rivotril®) et baisse par palier**

46 Qu'est-ce que l'ecstasy ?

- **C'est un dérivé amphotaminique**
- **Le plus connu : MDMA**
- **Prise per os**
- **Variation d'effet selon pilules (produit et excipients)**
- **Effets stimulants et selon dose hallucinogène**

47 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la consommation de cannabis ?

- **5 % des Français au moins une fois**
- **Près de 40 % des jeunes adultes hommes sont des consommateurs occasionnels**
- **1 million de consommateurs réguliers**

48 Quel est le produit actif du cannabis ?

- **Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC)**

Question
n° 48

Grands courants de la pensée psychiatrique



- ❖ 4 grands courants : neurobiologie, psycho-dynamique, cognitiviste et comportemental, sociologique
- ❖ Des thérapeutiques qui en découlent : médicaments, sismothérapie, psychanalyse, psychothérapie d'inspiration psychanalytique (PIP), thérapie comportementale et cognitive (TCC), thérapie systémique, familiale
- ❖ Complémentarité plus qu'opposition (conception bio psycho-sociale)

1 Qu'est-ce que le modèle bio psycho-social ?

.....

2 Qu'est-ce que la psychanalyse ?

.....

3 Que sont les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques (PIP) ?

.....

4 Quels sont les bases et les principes des thérapies comportementales ?

.....

5 Quels sont les deux grands types de conditionnement ?

.....

6 Quels sont les bases et les principes des thérapies cognitives ?

.....

7 Quelles sont les techniques utilisées en thérapie comportementale ?

.....

8 Que sont que les théories systémiques ?

.....

9 Quelle est la définition de la psychiatrie biologique ?

.....

10 Citer deux techniques de relaxation souvent employées.

.....

11 Quand parle-t-on de thérapie institutionnelle ?

.....

12 Qu'est-ce que la sociothérapie ?

.....

13 Qu'est-ce que l'antipsychiatrie ?

.....

14 Qu'est-ce que le DSM IV ?

.....

15 Qu'est-ce que la psychothérapie de soutien ?

.....

16 Quelles sont les indications des thérapies selon les pathologies ?

.....

1 Qu'est-ce que le modèle bio psycho-social ?

- **Modèle rendant compte de l'hétérogénéité étiologique des troubles mentaux ; conciliant les différents courants**
Ex. : un patient schizophrène, à l'aide d'une chimiothérapie aura accès à une relation psychothérapeutique ; un travail auprès de la famille et de son environnement permettra un début de réinsertion

2 Qu'est-ce que la psychanalyse ?

- **Théorie : discipline scientifique qui élabore une théorie du fonctionnement mental (instances, conflits, stades du développement psycho-sexuel)**
- **Méthode d'étude et de compréhension des productions inconscientes (rêves, fantasmes, lapsus, actes manqués)**
- **Pratique : thérapeutique basée sur l'analyse des productions inconscientes, du transfert, des conflits, des résistances, dans un cadre donné (séances régulières, libre association, neutralité bienveillante...)**

3 Que sont les psychothérapies d'inspiration psychanalytiques (PIP) ?

- **Techniques qui se basent sur le même corpus théorique, mais avec un cadre moins strict (ex. : face à face) permettant une extension des indications**

4 Quels sont les bases et les principes des thérapies comportementales ?

- **Issues du behaviorisme, elles reposent sur la notion d'apprentissage qui modifie et façonne le comportement (notion de conditionnement)**
- **Objectif : rééducation des comportements**

5 Quels sont les deux grands types de conditionnement ?

- **« Classique » ou pavlovien**
- **« Opérant » ou skinnerien**

6 Quels sont les bases et les principes des thérapies cognitives ?

- **Elles reposent sur la prise de conscience par le sujet des schèmes de pensées avec lesquelles il appréhende le monde (cognitions)**
- **Objectif : modification des cognitions dysfonctionnelles**

7 Quelles sont les techniques utilisées en thérapie comportementale ?

- Désensibilisation systématique
- Immersion
- Techniques assertives : affirmation de soi

8 Que sont que les théories systémiques ?

- Elles considèrent qu'un individu malade est le résultat d'un dysfonctionnement d'un système qu'il faut tenter de rééquilibrer différemment (ex. : système familial et thérapie familiale)

9 Quelle est la définition de la psychiatrie biologique ?

- Elle suppose à l'origine des maladies mentales une lésion organique du cerveau ou un trouble biologique à ce niveau
- La thérapeutique pourrait se limiter à l'administration de médicaments pouvant corriger les anomalies

10 Citer deux techniques de relaxation souvent employées.

- Training autogène de Schultz
- Méthode de Jacobson (« relaxation progressive »)

11 Quand parle-t-on de thérapie institutionnelle ?

- Prise en compte et analyse des relations nouées dans un service par les patients avec les différents intervenants et éléments du cadre

12 Qu'est-ce que la sociothérapie ?

- Ensemble des mesures prises pour permettre un resocialisation progressive des patients souffrant de troubles mentaux
Ex. : Centre aide par le travail (CAT), appartement thérapeutique, foyers spécialisés...

13 Qu'est-ce que l'antipsychiatrie ?

- Courant de pensée qui considère la pathologie mentale comme une conséquence des normes imposées par la société

14 Qu'est-ce que le DSM IV ?

- Quatrième édition du manuel diagnostic et statistique (association américaine de psychiatrie)
- Répertoire signes et symptômes de chaque trouble mental pour porter un diagnostic
- Approche athéorique : purement descriptive (le regroupement des symptômes ne préjuge en rien de l'étiologie des troubles)

15 Qu'est-ce que la psychothérapie de soutien ?

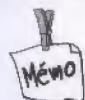
- Non codifiée : sans référence théorique ou technique précise
- Souvent associée à la chimiothérapie
- Éléments constitutifs : verbalisation (émotions, événements), réassurance, conseils, intervention au niveau vie concrète
- Absence d'interprétation de l'élément transférentiel

16 Quelles sont les indications des thérapies selon les pathologies ?

- Certaines indications sont classiques :
 - pour tous : psychothérapie de soutien
 - TCC (thérapie cognitivo-comportementale) et conduites addictives, TCA, troubles anxieux
 - approche familiale et TCA
 - sociothérapie et schizophrénie
 - psychanalyse et trouble de la personnalité

Question
n° 52

**Le handicap mental.
Tutelle, curatelle,
sauvegarde de justice**



❖ Trois régimes :

- sauvegarde de justice : le plus simple, effet immédiat
- curatelle : régime intermédiaire
- tutelle : le plus restrictif

❖ But : protection civile, politique et pénale

1 Comment définir le handicap ?

.....

2 Quels sont les principaux degrés de handicap définis par l'OMS ?

.....

3 Quels sont les modes de prévention du handicap ?

.....

4 Quels sont les organismes habilités à la prise en charge du handicap ?

.....

5 Quels sont les trois régimes de protection des biens ?

.....

6 Qui est concerné par le régime de protection des biens ?

.....

7 À qui est adressée la demande de sauvegarde de justice ?

.....

8 Qui fait la demande de sauvegarde de justice ?

.....

- 9** Quand prend effet la sauvegarde de justice ?
.....
- 10** Quels sont les effets d'une sauvegarde de justice ?
.....
- 11** Citer un motif psychiatrique classique de sauvegarde de justice.
.....
- 12** La sauvegarde de justice est-elle renouvelable ?
.....
- 13** Comment cesse une sauvegarde de justice ?
.....
- 14** Qui peut demander une mise sous tutelle ?
.....
- 15** Comment faire une demande de mise sous tutelle ?
.....
- 16** Quel est le délai de recours d'une mise sous tutelle ?
.....
- 17** Quels sont les effets de la mise sous tutelle ?
.....
- 18** Comment cesse une mise sous tutelle ?
.....
- 19** Quelles sont les différentes formes de tutelle ?
.....
- 20** Quelle est la procédure d'ouverture d'une curatelle ?
.....
- 21** Quels sont les effets de la mise sous curatelle ?
.....

22 Comment cesse une curatelle ?

.....

23 Qui peut être le curateur d'une personne ?

.....

1 Comment définir le handicap ?

- Altération passagère ou définitive
- Touchant l'intégrité physique ou mentale
- Origine congénitale ou acquise
- Retentissement sur l'autonomie

2 Quels sont les principaux degrés de handicap définis par l'OMS ?

- Déficience
- Incapacité
- Désavantage

3 Quels sont les modes de prévention du handicap ?

- Primaire et secondaire : règles hygiéno-diététiques, éducation, prévention des affections congénitales et des accidents
- Tertiaire : mesures d'adaptation aux handicaps séquellaires

4 Quels sont les organismes habilités à la prise en charge du handicap ?

- CDES (Commission départementale d'éducation spéciale) pour les enfants
- COTOREP (Commission technique d'orientation et de reclassement professionnel) pour les adultes

5 Quels sont les trois régimes de protection des biens ?

- Sauvegarde de justice
- Tutelle
- Curatelle

6 Qui est concerné par le régime de protection des biens ?

- Personnes souffrant d'une pathologie psychiatrique
- Ou d'un handicap mental et/ou physique
- Et ne pouvant assurer la gestion de leur patrimoine

7 À qui est adressée la demande de sauvegarde de justice ?

- Procureur de la République

8 Qui fait la demande de sauvegarde de justice ?

- Médecin psychiatre (un seul certificat)
- Médecin gériatre (un seul certificat)
- Médecin spécialiste (avec certificat du psychiatre)

9 Quand prend effet la sauvegarde de justice ?

- Dès réception par le Procureur de la République

10 Quels sont les effets d'une sauvegarde de justice ?

- Conservation des droits civiques, politiques et pénaux
- Le sujet ne peut se nuire dans ses actes civils

11 Citer un motif psychiatrique classique de sauvegarde de justice.

- Épisode maniaque
- Car dépenses inconsidérées

12 La sauvegarde de justice est-elle renouvelable ?

- Oui, pour une ou plusieurs durées de 6 mois

13 Comment cesse une sauvegarde de justice ?

- Automatique au bout de 2 mois
- Ou par décision médicale

14 Qui peut demander une mise sous tutelle ?

- Personne elle-même
- Conjoint, parents de premier degré
- Curateur
- Procureur de la République
- Juge des tutelles
- Le médecin ne donne qu'un avis

15 Comment faire une demande de mise sous tutelle ?

- Demande de tutelle
- Certificat médical établi par un spécialiste (liste établie par le Procureur)
- Justifiant l'altération grave des facultés mentales ou corporelles
- Adressée au juge des tutelles
- Ouverture par jugement

16 Quel est le délai de recours d'une mise sous tutelle ?

- 15 jours

17 Quels sont les effets de la mise sous tutelle ?

- Perte de la capacité civile : nomination d'un tuteur
- Perte des droits civiques et politiques : droit de vote, éligibilité, possibilité d'être juré ou tuteur
- Donations possibles avec accord du conseil de famille
- Mariage permis avec accord du conseil de famille et après avis du médecin traitant
- Exclusion du divorce par consentement mutuel

18 Comment cesse une mise sous tutelle ?

- Nécessité d'un jugement de main-levée
- Procédure identique à l'ouverture
- Le jugement conduit à une main-levée complète, une tutelle allégée, une curatelle

19 Quelles sont les différentes formes de tutelle ?

- Simple
- Aménagée
- Renforcée

20 Quelle est la procédure d'ouverture d'une curatelle ?

- Identique à celle de la tutelle

21 Quels sont les effets de la mise sous curatelle ?

- Incapacité civile partielle
- Assistance pour les actes de disposition ou d'emploi
- Perte partielle des droits civils : conservation du droit de vote mais non éligible, ne peut être juré ni tuteur
- Possibilité d'établir un testament (mais nullité possible)
- Possibilité de mariage avec consentement du curateur ou du juge

22 Comment cesse une curatelle ?

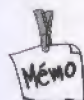
- Mêmes modalités que la cessation de tutelle

23 Qui peut être le curateur d'une personne ?

- Conjoint = curateur de droit
- Autre personne de la famille ou non

Question
n° 63

Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé



- ❖ Confusion : fréquence ; causes inhabituelles et iatrogénie ; urgence médicale
- ❖ Démence : processus progressif irréversible ; maladie d'Alzheimer (fréquence)
- ❖ Dépression : sous diagnostiquée ; clinique difficile : rupture état antérieur, plaintes somatiques ; risque suicidaire majeur
- ❖ Diagnostic différentiel démence/dépression/confusion difficile, parfois association
- ❖ Apprécier autonomie et envisager mesures sociales
- ❖ Maniement prudent psychotropes : risque majoration (effet anticholinergique), chutes

I. CONFUSION

1 Donner la définition du syndrome confusionnel.

.....

2 Quels sont les principes de la prise en charge du syndrome confusionnel ?

.....

3 Quelles sont les causes de confusion habituellement non responsables de coma ?

.....

4 Quelles sont les étiologies du syndrome confusionnel à rechercher en particulier chez sujet âgé ?

.....

5 Quels sont les facteurs prédisposant à la iatrogénie chez le sujet âgé ?

.....

II. DÉPRESSION

6 Quelles sont les particularités du syndrome dépressif du sujet âgé ?

.....

7 Quelles sont les formes cliniques de la dépression chez le sujet âgé ?

.....

8 Quelles sont les précautions à prendre lors de la prescription chez le sujet du sujet âgé ?

.....

III. DÉMENCE

9 Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques de la démence ?

.....

10 Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant de faire le diagnostic de démence ?

.....

11 Quels sont les outils de dépistage habituellement utilisés pour le syndrome démentiel ?

.....

12 Quelles sont les principales étiologies des syndromes démentiels ?

.....

13 Quelles sont les lésions anatomopathologiques dans la maladie d'Alzeihmer ?

.....

14 Quels examens complémentaires sont à prescrire devant un tableau de démence ?

.....

15 Quand faut-il suspecter une démence vasculaire ?

16 Quand faut-il suspecter une démence à corps de Lewy ?

17 Quand faut-il suspecter une démence fronto-temporale ?

18 Quelles sont les causes classiques des démences curables (pseudo-démences) ?

19 Quels sont les principes de la prise en charge au domicile ?

20 Quels traitements médicamenteux peut-on proposer dans les démences ?

21 Quelles sont les outils d'évaluation de la dépendance ?

22 Quelles formes de soutien psychologique peut-on envisager ?

23 Quelles sont les possibilités de prise en charge sociale à proposer ou utiliser ?

24 Devant un tableau d'allure démentiel, que faut-il rechercher pour éliminer une dépression ?

25 Devant un tableau d'allure démentielle, quels éléments orientent vers diagnostic de confusion ?

I. CONFUSION

1 Donner la définition du syndrome confusionnel.

- État aigu, transitoire et réversible
- Trouble de la vigilance
- Fluctuations des troubles
- Désorganisation globale des fonctions supérieures (souffrance cérébrale)
- Désorientation temporo-spatiale
- Perplexité ou agitation anxieuse
- Onirisme avec possibles hallucinations visuelles
- Importance de l'anamnèse (entourage, médecin traitant) pour orienter diagnostic étiologique

2 Quels sont les principes de la prise en charge du syndrome confusionnel ?

- Hospitalisation : urgence diagnostique et thérapeutique
- Mesures non spécifiques : assurer fonctions vitales et stabilité état clinique
- Mesures spécifiques : traitement de la cause
- Attention à l'utilisation des psychotropes qui peuvent aggraver la confusion (majoration trouble de la vigilance)
- Penser évaluation à distance de l'état cognitif chez sujet âgé (démence débutante et sensibilité à épisode confusionnel)

3 Quelles sont les causes de confusion habituellement non responsables de coma ?

- Troubles psychiatriques (délire aigu, état de choc)
- Douleur prolongée, globe urinaire, fécalome chez sujet âgé
- Privation de sommeil
- Médicaments : corticoïdes, anticholinergiques, lévodopa, et antiparkinsoniens, antihypertenseurs, AINS, isoniazide
- Infarctus cérébraux touchant le thalamus, les noyaux caudés ou le lobe temporal droit
- Porphyrie

4 Quelles sont les étiologies du syndrome confusionnel à rechercher en particulier chez sujet âgé ?

- Fécalome
- Infection urinaire
- Globe urinaire
- Douleur importante
- Choc émotionnel
- Médicaments : seraient responsables de plus de 10 % des hospitalisations du sujet âgé

5 Quels sont les facteurs prédisposant à la iatrogénie chez le sujet âgé ?

- Polymédication (conséquence de la polypathologie) :
 - modifications pharmacocinétiques et pharmacodynamiques
 - manque de coordination et de communication entre les médecins
 - déficit neurosensoriel

II. DÉPRESSION

6 Quelles sont les particularités du syndrome dépressif du sujet âgé ?

- Plaintes somatiques multiples, vagues et préoccupations hypochondriaques souvent au premier plan (sphère digestive)
- Agitation anxieuse, avec troubles du caractère, irritabilité (rupture état antérieur ++)
- Ralentissement, asthénie, manque d'appétit, troubles du sommeil qui sont difficiles à évaluer à cet âge
- Fréquence des idées délirantes (hypochondrie, persécution)
- Risque suicidaire : taux de suicide 3 fois plus élevé que pour la population générale

7 Quelles sont les formes cliniques de la dépression chez le sujet âgé ?

- Forme classique
- Dépression masquée (plaintes somatiques)
- Dépressions délirantes : thèmes hypochondriaques et de persécution
- Dépressions pseudo-déméntielles
- Dépressions hostiles
- Dépressions secondaires : à troubles organiques (dysthyroïdies, maladie de Parkinson...), aux médicaments dépressogènes

8

Quelles sont les précautions à prendre lors de la prescription chez le sujet du sujet âgé ?

- Plus grande survenue d'effets secondaires (préférer molécule non ou peu anticholinergiques)
- Délai de réponse peut être allongé (> 1 mois)
- Importance des mesures de nursing : prévention des escarres, hydratation
- Psychothérapie de soutien
- La sismothérapie est une indication de choix dans les formes sévères

III. DÉMENCE

9

Quelles sont les caractéristiques épidémiologiques de la démence ?

- Fréquence des démences augmente avec l'âge : 2 % à 65 ans 30 % après 90 ans
- 60 % des démences sont des maladies Alzheimer
- 600 000 déments vivent en France
- Médiane de survie : 3 ans (avec écart type important)
- Faible excès de cas féminin

10

Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant de faire le diagnostic de démence ?

- Apparition de déficits cognitifs multiples
 - altération de la mémoire (amnésie antérograde puis rétrograde)
 - aphasie (perturbation du langage)
 - apraxie (altération capacité à réaliser activité motrice malgré fonctions motrices intactes)
 - agnosie (impossibilité identifier objets malgré des fonctions sensorielles intactes)
 - perturbation des fonctions exécutives (organiser, ordonner dans le temps, avoir une pensée abstraite...)
- Les déficits cognitifs sont à l'origine d'une perturbation significative du fonctionnement socioprofessionnel et en déclin par rapport au niveau de fonctionnement antérieur du sujet
- L'évolution est caractérisée par un début progressif et un déclin cognitif continu

11 Quels sont les outils de dépistage habituellement utilisés pour le syndrome démentiel ?

- Au lit du malade : *Mini Mental Status Examination* (MMS), normal 30/30, à interpréter selon niveau socioculturel du patient ; un résultat < 24 indique un dysfonctionnement sans préjuger de la cause (manque de coopération, confusion, dépression, démence)
- Bilan neuropsychologique : exploration de divers aspects de la cognition, orientation plus spécifique (profils particuliers)

12 Quelles sont les principales étiologies des syndromes démentiels ?

- Démences neurodégénératives :
 - maladie Alzheimer
 - démences frontotemporales (archétype = maladie de Pick)
 - les démences avec syndrome extrapyramidal (démence à corps de Lewy, dégénérescence corticobasale)
 - démences associées aux maladies du motoneurone (SLA)
 - maladie de Huntington
- Autres démences non dégénératives :
 - démence vasculaire (Binswanger)
 - démence secondaire à une hydrocéphalie à pression normale
 - démence infectieuse (neurosyphilis, maladie de Lyme, neurosida...)
 - encéphalopathies spongiformes (Creutzfeld-Jakob...)
 - démences des maladies systémiques : Gougerot-Sjogren, lupus
 - démence toxique : alcool, plomb, encéphalopathie aluminique des dialysés
 - démence métabolique : carences vitaminiques (B1, folates ; hypothyroïdie)
 - maladies métaboliques héréditaires : maladie de Wilson, gangliosidoses...

13 Quelles sont les lésions anatomopathologiques dans la maladie d'Alzheimer ?

- Plaques séniles
- Dégénérescences neurofibrillaires

14 Quels examens complémentaires sont à prescrire devant un tableau de démence ?

- Sérique, en première intention : NFS, plaquettes ; VS, CRP ; ionogramme sanguin, urée, créatininémie, calcémie ; TSH ; vitamine B12, folates ; TPHA, VDRL, VIH
- LCR si suspicion Creutzfeld-Jakob (protéine 14-3-3 et NSE)
- Scanner cérébral
- EEG à la recherche argument pour Creutzfeld-Jakob (pointes périodiques)

15 Quand faut-il suspecter une démence vasculaire ?

- Début brutal
- Évolution par à-coups
- Présence de signes neurologiques focaux
- Maladie cérébro-vasculaire associée : HTA, athérosclérose, cardiopathie emboligène
- Importance du scanner : recherche infarctus cérébraux multiples

16 Quand faut-il suspecter une démence à corps de Lewy ?

- À évoquer devant :
 - un début où dominant les troubles de l'attention et visuo-spatiaux
 - des fluctuations cliniques marquées
 - des manifestations psychotiques (délire, hallucinations)
 - des signes extrapyramidaux, des chutes, des absences
- Diagnostic important car :
 - répond aux cholinomimétiques
 - contre-indique les neuroleptiques (majoration syndrome extrapyramidal, risque de syndrome malin des neuroleptiques)

17 Quand faut-il suspecter une démence fronto-temporale ?

- Sujet plus jeune
- Troubles du comportement social (deshinhibition, apathie)
- Peu de troubles de la mémoire et des fonctions instrumentales malgré modifications majeures du comportement
- Atrophie fronto-temporale au scanner
- Pas de réponse au traitement cholinomimétique

18 Quelles sont les causes classiques des démences curables (pseudo-démences) ?

- Toxiques : alcool, carences vitaminiques, médicaments (anticholinergique...)
- Infectieuse : syphilis tertiaire, abcès cérébral, Lyme
- Traumatique : hématome sous-dural
- Vasculaire : une hydrocéphalie à pression normale

19 Quels sont les principes de la prise en charge au domicile ?

- Favoriser la motricité au maximum
- Traiter les handicaps sensoriels : cataracte, audition
- Traiter maladies somatiques associées, savoir les évoquer devant aggravation syndrome démentiel
- Traiter les troubles du comportement

20 Quels traitements médicamenteux peut-on proposer dans les démences ?

- Cholinomimétiques
- Antidépresseurs si dépression associée
- Neuroleptiques : doses faibles, sans correcteurs en cas de troubles du comportement non gérable autrement
- Benzodiazépine : avec prudence ; utiles si insomnie, sur durées brèves

21 Quelles sont les outils d'évaluation de la dépendance ?

- Dépendance pour les activités simples : échelles d'Activités de la vie quotidienne (AVQ) (échelle de Katz)
- Dépendance pour les activités complexes : échelle des Activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) (échelle de Lawton)
- Dépendance globale de la personne : grille AGGIR (Autonomie gérontologique groupe Iso-ressources)

22 Quelles formes de soutien psychologique peut-on envisager ?

- Thérapies comportementales
- Thérapies cognitives (stimuler fonctions préservées)
- Prise en charge de la famille (soutien)

23 Quelles sont les possibilités de prise en charge sociale à proposer ou utiliser ?

- Aides au maintien à domicile (infirmière, aide-ménagère, repas, auxiliaire de vie, centre d'accueil de jour)
- Accueil temporaire en institution ; institutionnalisation (régulièrement discutée avec entourage)
- Aides financières
- Mesures de protection juridiques (tutelle)

24 Devant un tableau d'allure démentiel, que faut-il rechercher pour éliminer une dépression ?

- Mode installation aigu ou subaigu (éventuel facteur déclenchant)
 - ATCD dépression
 - Désespoir, tristesse, culpabilité
 - Plaintes exprimées (peu de plaintes chez déments)
 - Troubles mnésiques : atteinte globale faits récents ou anciens (faits récents en premier chez dément)
 - L'attention : souvent préservée
 - Pas de DTS
 - Pas d'anomalie de dénomination
 - Amélioration vespérale des troubles
 - Bilan neuropsychologique : performances supérieures aux attentes, réponse de type « je ne sais pas »
- ⇒ Si doute un traitement antidépresseur peut être envisagé (indication possible de sismothérapie selon gravité tableau clinique)

25 Devant un tableau d'allure démentielle, quels éléments orientent vers diagnostic de confusion ?

- Trouble de la vigilance
 - Début aigu ou subaigu
 - Désorganisation de la pensée avec propos incohérents
 - Évolution typiquement fluctuante
 - Signes physiques (déshydratation, signes neurovégétatifs)
- ⇒ Confirmé *a posteriori* par évolution favorable

Question
n° 70

Deuil normal et pathologique



- ❖ Deuil normal : choc-déni, désespoir-dépressivité, réorganisation-acceptation
- ❖ Deuil pathologique : critères de durée, d'intensité, de retentissement socioprofessionnel
- ❖ Des sujets à risque : enfant, troubles psychiatriques préexistants, isolement socio-affectif
- ❖ Des situations à risque : mort violente, deuils répétés, perte d'un enfant
- ❖ Prévention : sensibilisation à l'annonce (information, disponibilité du médecin) ; accompagnement des sujets à risque

1 Qu'est-ce que le travail de deuil ?

.....

2 Quelles sont les réactions à l'annonce d'un décès ?

.....

3 Quelles peuvent être les complications d'un deuil ?

.....

4 Citer les formes psychiatriques du deuil.

.....

5 En fonction de l'âge, de quelle manière l'enfant perçoit-il la mort ?

.....

6 Quelles sont les caractéristiques du deuil d'un parent chez l'enfant ?

.....

7 Quels sont les sujets à risque de complications ?

.....

8 Quelles sont les situations à risque de complications de deuil ?

.....

9 Quels sont les principes de prévention du deuil pathologique ?

.....

10 Comment faire la différence entre deuil normal et dépression ?

.....

11 Comment accompagner un endeuillé ?

.....

1 Qu'est-ce que le travail de deuil ?

- Processus psychique qui se met en place lors de la perte d'un objet auquel le sujet est attaché affectivement (être cher, métier, passion, partie du corps...)
- Ce processus inconscient tente de faire en sorte que le sujet se libère de cet attachement
- Il s'achève lorsqu'un autre investissement est possible et se substitue au précédent

2 Quelles sont les réactions à l'annonce d'un décès ?

- Choc initial (angoisse voire torpeur) : mode de fonctionnement préservé automatique ; quelques heures à quelques jours
- Désespoir, dépressivité : regrets nostalgiques, protestation, révolte possible ; quelques semaines à 1 an
- Réorganisation, adaptation : rétablissement des intérêts habituels, nouveaux projets, reprise du rôle habituel

3 Quelles peuvent être les complications d'un deuil ?

- Perturbations concernant le processus : absence de chagrin, ou réaction retardée ; chagrin excessif ; chagrin prolongé
- Vulnérabilité accrue : morbidité ; mortalité
- Troubles psychiatriques : troubles anxieux ; dépendances/abus substances ; dépression

4 Citer les formes psychiatriques du deuil.

- Deuil hystérique
- Deuil obsessionnel
- Deuil maniaque
- Deuil mélancolique

5 En fonction de l'âge, de quelle manière l'enfant perçoit-il la mort ?

- Avant 5 ans : la mort est considérée comme une séparation semblable au sommeil
- Entre 5 et 10 ans : prend peu à peu conscience du caractère inéluctable de la mort à travers la peur de la mort de ses parents (et d'être abandonné)

- Vers 10 ans : prise de conscience que la mort peut aussi l'atteindre
- Vers la puberté : mort conçue comme universelle, irréversible et inévitable (perception adulte)

6 Quelles sont les caractéristiques du deuil d'un parent chez l'enfant ?

- Le deuil s'apparente à une séparation avec 3 phases :
 - protestation : pleurs, agitation, demande présence de sa mère, du père
 - désespoir : perte d'espoir au sujet éventuel retour ; retrait, apathie
 - détachement : se détache du parent décédé et s'intéresse de nouveau à l'entourage
- Importance d'une figure de substitution dans le déroulement du processus et pour la suite

7 Quels sont les sujets à risque de complications ?

- Ambivalence (avec agressivité) de la relation préexistante avec le défunt
- Âge : un endeuillé jeune réagira plus sévèrement (culpabilité, angoisse...) par rapport au sujet âgé ; deuil difficile pour les enfants
- Endeuillés en mauvaise santé physique (risque de complications somatiques)
- Endeuillés souffrant pathologie psychiatrique (risque de décompensation)
- Isolement socio-affectif, chômage

8 Quelles sont les situations à risque de complications de deuil ?

- Circonstances brutales ou atypiques de décès (ex. : suicide)
- Modalités d'annonce du décès (qui peuvent constituer un traumatisme en soi)
- Deuils répétés
- Décès d'un enfant

9 Quels sont les principes de prévention du deuil pathologique ?

- Sensibiliser les médecins à l'annonce d'un décès : donner les informations concernant les circonstances (ce qui a été fait, pourquoi etc.) en prenant le temps (critères de disponibilité)

- Repérer les sujets ou situations à risque pour renforcer l'accompagnement
- La prévention commence dans l'information donnée à la famille sur la situation médicale en cas de maladie en stade terminal (réaction de deuil anticipée pouvant apaiser réaction aigüe lors du décès)

10 Comment faire la différence entre deuil normal et dépression ?

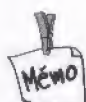
- Elle se fait sur des critères de durée, d'intensité et de retentissement
- Pour certains un traitement s'impose lorsque, deux mois après la perte, le sujet est encore plongé dans une dépression majeure avec baisse de l'estime de soi et idéations suicidaires

11 Comment accompagner un endeuillé ?

- Encourager le sujet à parler de ses sentiments
 - Favoriser les échanges sur l'histoire du défunt
 - Partages d'expériences similaires
 - Récapitulation par le médecin des circonstances ayant amené le décès
 - Proposition ou renforcement des consultations pour sujet ou situations à risque
- ⇒ Une prescription médicamenteuse ne devrait relever que des situations compliquées

Question
n° 177

Prescription et surveillance des psychotropes



- ❖ Classification : psycholeptiques, psychoanaleptiques, psychodysléptiques
- ❖ Éliminer une contre-indication
- ❖ Bilan pré-thérapeutique
- ❖ Principal anxiolytique : benzodiazépines
- ❖ Principaux antidépresseurs : tricycliques, IRS, IMAO
- ❖ 2 types de neuroleptiques : classiques et atypiques
- ❖ Surveillance efficacité clinique et tolérance
- ❖ Lithium : prévention du trouble bipolaire
- ❖ Attention aux interactions médicamenteuses (IMAO, lithium, carbamazépine)
- ❖ Éducation du patient

1 Quelles sont les différentes classes d'hypnotiques ?

.....

2 Quelles sont les indications des hypnotiques ?

.....

3 Quelles sont les règles de prescription d'un hypnotique ?

.....

4 Quelles sont les différentes classes d'anxiolytiques ?

.....

5 Quelles sont les propriétés communes des benzodiazépines ?

.....

6 Quelles sont les contre-indications des benzodiazépines ?

.....

7 Quels sont les effets indésirables des benzodiazépines ?

.....

8 Quelles sont les précautions d'utilisation des benzodiazépines ?

9 Quelles sont les principales classes d'antidépresseurs ?

10 Quelles sont les contre-indications des antidépresseurs tricycliques ?

11 Quel est le bilan préalable minimal avant d'instaurer un traitement par antidépresseurs tricycliques ?

12 Quels sont les principaux effets secondaires des antidépresseurs tricycliques ?

13 Quelle est la surveillance d'un traitement par antidépresseurs tricycliques ?

14 Décrire le syndrome sérotoninergique observable sous IRS.

15 Décrire le syndrome d'interruption brutale des IRS (SIB).

16 Quels sont les effets secondaires bénins des IRS ?

17 Quels sont les principaux types de neuroleptiques ?

18 Quels sont les effets secondaires neurologiques des neuroleptiques ?

19 Quels sont les effets secondaires autres que neurologiques des neuroleptiques ?

20 Quel diagnostic évoquer devant une fièvre inexpliquée sous neuroleptiques ?

21 Quels sont les arguments cliniques en faveur d'un syndrome malin des neuroleptiques ?

22 Quel dosage plasmatique effectuer dans cette situation ?

23 Quelles sont les contre-indications des neuroleptiques classiques ?

24 Quelle est la surveillance d'un patient traité par neuroleptiques ?

25 Citer les neuroleptiques atypiques.

26 Quel est l'intérêt des neuroleptiques atypiques ?

27 Quels sont les principaux effets secondaires des neuroleptiques atypiques ?

28 Quelle est l'indication d'un traitement par clozapine (Leponex®) ?

29 Quel est le principal risque d'un traitement par clozapine ?

30 Quelles sont les règles de prescription de la clozapine ?

31 Quelles sont les indications du lithium ?

32 Quelles sont les valeurs plasmatiques thérapeutiques de lithiémie ?

.....

33 Quelles sont les contre-indications d'un traitement par lithium ?

.....

34 Quelles sont les prescriptions médicamenteuses déconseillées avec le lithium ?

.....

35 Quel bilan réaliser avant la mise sous lithium ?

.....

36 Quels sont les principaux effets secondaires du lithium ?

.....

37 Quelle est la surveillance minimale d'un traitement par lithium ?

.....

38 Quels sont les signes de surdosage par lithium ?

.....

39 Quelle attitude thérapeutique adopter devant un surdosage en lithium ?

.....

40 Quels sont les autres traitements thymorégulateurs ?

.....

41 Quelles sont les contre-indications de la carbamazépine ?

.....

42 Quelles sont les associations à surveiller lors d'un traitement par carbamazépine ?

.....

1 Quelles sont les différentes classes d'hypnotiques ?

- Benzodiazépines de durée de vie courte ou intermédiaire
- Dérivés non benzodiazépiniques (zoplicone, zolpidem)
- Barbituriques
- Antihistaminiques

2 Quelles sont les indications des hypnotiques ?

- Insomnie transitoire
- Insomnie chronique

3 Quelles sont les règles de prescription d'un hypnotique ?

- Éliminer une cause organique d'insomnie
- Éliminer une contre-indication
- Monothérapie (pas d'association d'hypnotiques)
- Posologie minimale efficace
- Durée de prescription courte
- Pas d'arrêt brutal

4 Quelles sont les différentes classes d'anxiolytiques ?

- Benzodiazépines
- Carbamates
- Antihistaminiques
- Agonistes des récepteurs sérotoninergiques 5HT_{1a}

5 Quelles sont les propriétés communes des benzodiazépines ?

- Anxiolytique
- Sédatif
- Myorelaxant
- Anticonvulsivant
- Amnésiant

6 Quelles sont les contre-indications des benzodiazépines ?

- Insuffisance respiratoire décompensée
- Myasthénie
- Grossesse (1^{er} et 3^e trimestre)
- Hypersensibilité
- Apnées du sommeil
- Insuffisance hépatique sévère

7 Quels sont les effets indésirables des benzodiazépines ?

- Sédation et somnolence diurne
- Troubles mnésiques antérogrades
- Réaction paradoxale
- Ataxie
- Décompensation d'une insuffisance respiratoire
- Surdosages accidentels ou intentionnels
- Dépendance, tolérance
- Sevrage à l'arrêt du traitement

8 Quelles sont les précautions d'utilisation des benzodiazépines ?

- Pas d'association avec l'alcool
- Éviter la conduite automobile/machines
- Prescription de courte durée
- Posologie minimale efficace
- Arrêt progressif
- Réduction des posologies chez le sujet âgé
- Réduction des posologies en cas d'insuffisance hépatique et rénale
- Éviter l'allaitement

9 Quelles sont les principales classes d'antidépresseurs ?

- Antidépresseurs tricycliques ; ex. : clomipramine (Anafranil®)
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS) ; ex. : fluoxétine (Prozac®)
- Inhibiteurs de la monoamine oxydase (IMAO) sélectif ou non sélectif
- Inhibiteurs de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline (IRSNA) : venlafaxine (Effexor®)

10 Quelles sont les contre-indications des antidépresseurs tricycliques ?

- Glaucome à angle fermé
- Hypertrophie prostatique
- Insuffisance cardiaque, troubles du rythme, BAV, IDM
- Grossesse, allaitement
- Hypersensibilité
- Association aux IMAO

11 Quel est le bilan préalable minimal avant d'instaurer un traitement par antidépresseurs tricycliques ?

- Examen clinique
- ECG
- Toucher rectal
- Examen ophtalmologique

12 Quels sont les principaux effets secondaires des antidépresseurs tricycliques ?

- Tachycardie, hypotension orthostatique
- Tremblements, dysarthrie
- Sécheresse buccale
- Constipation
- Dysurie, rétention urinaire
- Troubles de l'accommodation
- Prise de poids
- Crises convulsives, confusion mentale
- Virage maniaque de l'humeur
- Levée de l'inhibition psychomotrice (risque suicidaire)

13 Quelle est la surveillance d'un traitement par antidépresseurs tricycliques ?

- Efficacité clinique
- Tolérance clinique
- Pouls, tension artérielle (debout/couché)
- Transit intestinal
- Miction
- Examen neurologique

14 Décrire le syndrome sérotoninergique observable sous IRS.

- Apparition brutale
- Agitation, confusion
- Tremblements, myoclonies, rigidité musculaire
- Hyperthermie
- HTA paroxystique
- Potentiellement létale
- Survenue lors de coprescription d'un IRS avec les IMAO, le sumatriptan (Imigrane®), le lithium

15 Décrire le syndrome d'interruption brutale des IRS (SIB).

- Apparition en cas d'arrêt brutal d'un IRS (surtout si demi vie courte)
- Sensation vertigineuse
- Insomnie
- Agitation anxieuse
- Nausées
- Sudation
- Réversible après réintroduction de l'IRS
- Prévention : sevrage progressif lors d'un traitement prolongé par IRS

16 Quels sont les effets secondaires bénins des IRS ?

- Digestifs ++ = nausées, diarrhées, anorexie perte de poids
- Trouble de la libido (Impuissance, anorgasmie)
- Céphalées
- Insomnie
- Tremblements

17 Quels sont les principaux types de neuroleptiques ?

- Neuroleptiques classiques (antiproductifs : halopéridol, sédatifs : lévomépromazine)
- Neuroleptiques atypiques (olanzapine, rispéridone)

18 Quels sont les effets secondaires neurologiques des neuroleptiques ?

- Syndrome extrapyramidal
- Dyskinésies aiguës
- Akinésie
- Syndrome akinéto-hypertonique
- Syndrome hyperkinétique (akathisie, tasikinésie)
- Dyskinésies tardives
- Confusion mentale
- Abaissement du seuil épileptogène

19 Quels sont les effets secondaires autres que neurologiques des neuroleptiques ?

- Effets cardiaques : hypotension orthostatique, troubles du rythme, torsades de pointes
- Effets digestifs : hyposialie, constipation

- Effets métaboliques et endocriniens : prise de poids, dysménorrhée, hyperprolactinémie, troubles sexuels
- Trouble de l'accommodation
- Accidents allergiques et toxiques
- Photosensibilité
- Effets psychologiques : passivité, dépression, confusion
- Syndrome malin des neuroleptiques

20 Quel diagnostic évoquer devant une fièvre inexpiquée sous neuroleptiques ?

- **Syndrome malin des neuroleptiques**

21 Quels sont les arguments cliniques en faveur d'un syndrome malin des neuroleptiques ?

- Urgence vitale
- Hyperthermie sous neuroleptique
- Déshydratation
- Syndrome extrapyramidal
- Confusion
- Convulsions
- Absence d'étiologie organique

22 Quel dosage plasmatique effectuer dans cette situation ?

- **CPK plasmatique**

23 Quelles sont les contre-indications des neuroleptiques classiques ?

- Absolues : glaucome à angle fermé, coma hypoglycémique, éthylique et barbiturique, allergie
- Relatives : adénome de la prostate, porphyrie, SEP lors d'une poussée évolutive, insuffisance hépatique ou rénale

24 Quelle est la surveillance d'un patient traité par neuroleptiques ?

- Efficacité : régression de la symptomatologie délirante (critique du délire) et déficitaire
- Tolérance : allergie, température, pouls, tension artérielle (couché et debout), poids, effets neurologiques, effets neurovégétatifs, effets endocriniens
- Éducation du patient
- Règles hygiéno-diététiques

25 Citer les neuroleptiques atypiques.

- Olanzapine (Zyprexa®)
- Risperidone (Risperdal®)
- Amisulpride (Solian®)

26 Quel est l'intérêt des neuroleptiques atypiques ?

- Meilleure tolérance clinique notamment neurologique
- Efficacité comparable

27 Quels sont les principaux effets secondaires des neuroleptiques atypiques ?

- Prise de poids
- Somnolence, sédation
- Symptômes extrapyramidaux

28 Quelle est l'indication d'un traitement par clozapine (Leponex®) ?

- Schizophrénie résistante au traitement neuroleptique
- C'est-à-dire échec d'au moins trois cures de neuroleptiques de deux familles différentes (1000 mg d'équivalent chlorpromazine prescrits pendant au moins six semaines)

29 Quel est le principal risque d'un traitement par clozapine ?

- Agranulocytose

30 Quelles sont les règles de prescription de la clozapine ?

- Délivrance par les pharmacies hospitalières sur présentation de la NFS
- NFS hebdomadaire pendant 18 semaines, puis tous les mois
- Données consignées sur un cahier spécial (cahier Léponex®)
- Arrêt immédiat si :
 - leucocytes $< 3000/\text{mm}^3$ ou neutrophiles $< 1500/\text{mm}^3$

31 Quelles sont les indications du lithium ?

- Prévention des rechutes de la psychose maniaco-dépressive
- Traitement curatif de l'épisode maniaque

32 Quelles sont les valeurs plasmatiques thérapeutiques de lithiémie ?

- 0,6 à 0,8 mEq/l le matin pour le Téralithe 250 mg
- 0,8 à 1,2 mEq/l le matin pour le Téralithe LP400 mg

33 Quelles sont les contre-indications d'un traitement par lithium ?

- Insuffisance cardiaque évoluée
- Insuffisance rénale
- Régime hypo ou désodé
- Hyponatrémie
- Premier trimestre de la grossesse, allaitement

34 Quelles sont les prescriptions médicamenteuses déconseillées avec le lithium ?

- AINS
- Diurétiques
- IEC
- Carbamazépine

35 Quel bilan réaliser avant la mise sous lithium ?

- Examen clinique
- Bilan cardiaque : ECG
- Bilan rénal : urée et créatinine plasmatiques, clairance de la créatinine, protéinurie, ECBU, HLM
- Bilan thyroïdien : T3, T4, TSH ultra sensible
- Bilan neurologique : EEG
- Bilan sanguin : NFS, ionogramme plasmatique, VS, bilan hépatique
- Test de grossesse chez les femmes en âge de procréer

36 Quels sont les principaux effets secondaires du lithium ?

- Troubles digestifs
- Prise de poids
- Tremblement fin digital
- Syndrome polyuro polydipsique
- Dysthyroïdie (goitre euthyroïdien ou hypothyroïdien)

37 Quelle est la surveillance minimale d'un traitement par lithium ?

- Lithiémie plasmatique
- Créatininémie
- TSH ultra sensible

38 Quels sont les signes de surdosage par lithium ?

- Initialement : soif, diarrhée, vomissements, fasciculations musculaires, myoclonies
- Secondairement : tremblements amples, dysarthrie, confusion mentale, crise convulsive, coma, décès
- Lithiémie supérieure à 1,5 mmol/l
- Urgence médicale

39 Quelle attitude thérapeutique adopter devant un surdosage en lithium ?

- Hospitalisation
- Urgence diagnostique et thérapeutique
- Arrêt du lithium, lithiémie en urgence
- Réanimation : voie d'abord veineuse, hyperhydratation, apport en NaCl isotonique, correction des troubles électrolytiques
- Lithiémie inférieure à 3 mmol/l : diurèse osmotique alcaline
- Lithiémie supérieure à 3 mmol/l : hémodialyse
- Recherche et traitement du facteur déclenchant
- Prévention des complications de décubitus
- Surveillance clinique (ECG, TA, fréquence cardiaque)

40 Quels sont les autres traitements thymorégulateurs ?

- Carbamazépine (Tégrétol®)
- Valpromide (Dépamide®)

41 Quelles sont les contre-indications de la carbamazépine ?

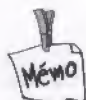
- Allergie
- Glaucome par fermeture de l'angle
- Hypertrophie prostatique
- Bloc auriculo-ventriculaire
- Insuffisance hépatique
- Association aux IMAO
- Grossesse premier trimestre et allaitement

42 Quelles sont les associations à surveiller lors d'un traitement par carbamazépine ?

- Antivitamines K et œstroprogestatifs car inducteur enzymatique

Question
n° 184

Agitation et délire aigus



- ❖ Rechercher et traiter une cause organique
- ❖ Examen neurologique
- ❖ Recherche systématique de toxique
- ❖ Urgence diagnostique et thérapeutique
- ❖ BDA : état délirant aigu polymorphe du sujet jeune
- ❖ Traitement en HDT : neuroleptique

1 Quelles sont les étiologies neurologiques d'un état d'agitation aigu ?

.....

2 Quelles sont les autres étiologies organiques d'un état d'agitation aigu ?

.....

3 Quelles sont les étiologies psychiatriques d'un état d'agitation aigu ?

.....

4 Quelles sont les causes d'agitation chez un patient alcoolodépendant ?

.....

5 Que rechercher devant un état d'agitation aigu du sujet âgé ?

.....

6 Quels examens complémentaires prescrire devant un état d'agitation aigu ?

.....

7 Quelle est la conduite à adopter devant un état d'agitation aigu ?

.....

8 Quelles sont les étiologies organiques d'un état délirant aigu ?

9 Quelles sont les étiologies psychiatriques d'un état délirant aigu ?

10 Quels toxiques peuvent induire un état délirant aigu ?

11 Quels examens complémentaires réaliser devant un état délirant aigu ?

12 Quel est le terrain de la bouffée délirante aiguë (BDA) ?

13 Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de la BDA ?

14 Quels sont les principaux diagnostics différentiels psychiatriques d'une BDA ?

15 Quel est le pronostic évolutif d'une BDA ?

16 Quel est le traitement d'une BDA ?

1 Quelles sont les étiologies neurologiques d'un état d'agitation aigu ?

- Épilepsie
- Traumatisme crânien
- Hématome sous-dural, extra-dural
- Encéphalite
- Œdème méningé
- Hémorragie méningée
- Accident vasculaire cérébral
- Tumeur cérébrale (notamment frontale)
- État démentiel
- État confusionnel

2 Quelles sont les autres étiologies organiques d'un état d'agitation aigu ?

- Cardiaques : infarctus du myocarde, embolie pulmonaire
- Métabolique : hypoglycémie, déshydratation, hypo/hypernatrémie, hypercalcémie, hypercapnie, hypoxémie
- Endocrinien : acidocétose diabétique, hyperthyroïdie, hypercorticisme, insuffisance surrénalienne aiguë
- Urgences abdominales : colique néphrétique
- Toxique : alcool, opiacés, amphétamines, LSD
- Intoxication au CO

3 Quelles sont les étiologies psychiatriques d'un état d'agitation aigu ?

- Bouffée délirante aiguë
- État d'agitation maniaque
- Mélancolie
- Schizophrénie
- Délire chronique
- Intoxication et sevrage en toxiques

4 Quelles sont les causes d'agitation chez un patient alcoolodépendant ?

- Ivresse pathologique
- Delirium tremens
- Encéphalopathie alcoolique
- Encéphalopathie porto-cave

5 Que rechercher devant un état d'agitation aigu du sujet âgé ?

- Globe vésical
- Infarctus du myocarde
- Hématome sous-dural et extra-dural
- Déshydratation
- Syndrome confusionnel
- Sevrage aux benzodiazépines
- Syndrome démentiel

6 Quels examens complémentaires prescrire devant un état d'agitation aigu ?

- NFS, VS
- Ionogramme sanguin
- Fonction rénale et hépatique
- Glycémie
- Alcoolémie
- Recherche de toxiques urinaires et plasmatiques
- ECG
- EEG
- Ponction lombaire
- Scanner cérébral avec et sans injection

7 Quelle est la conduite à adopter devant un état d'agitation aigu ?

- Urgence médicale
- Hospitalisation selon la gravité et la pathologie sous-jacente
- Abord relationnel (attitude calme et rassurante, isoler le patient)
- Examen physique +++
- Bilan complémentaire
- Traitement d'une cause organique +++
- Contention si nécessaire (surveillance)
- Après élimination d'une cause organique
- Traitement médicamenteux : voie orale sinon parentérale (IM)
- En cas d'agitation mineure : benzodiazépines (clorazépate Tranxène®)
- Sinon neuroleptique sédatif d'action rapide (loxapine Loxapac®)
- Surveillance +++

8 Quelles sont les étiologies organiques d'un état délirant aigu ?

- Épilepsie :
 - affections neurologiques vasculaires ou tumorales
 - traumatisme crânien
 - pathologie infectieuse

9 Quelles sont les étiologies psychiatriques d'un état délirant aigu ?

- Bouffée délirante aiguë
- Manie délirante
- Mélancolie délirante
- Schizophrénie

10 Quels toxiques peuvent induire un état délirant aigu ?

- Opiacés : héroïne, morphine, opium
- Stimulants : amphétamines, cocaïne
- Hallucinogènes : LDS, mescaline
- Cannabis

11 Quels examens complémentaires réaliser devant un état délirant aigu ?

- NFS
- Ionogramme plasmatique
- Bilan hépatique et rénal
- Recherches de toxiques plasmatiques et urinaires
- EEG
- Scanner cérébral avec et sans injection
- Ponction lombaire

12 Quel est le terrain de la bouffée délirante aiguë (BDA) ?

- 18 à 25 ans
- Absence d'antécédents psychiatriques personnels
- Événement stressant (affectif, familial, professionnel)

13 Quelles sont les caractéristiques sémiologiques de la BDA ?

- Début brutal
- Parfois prodromes (anxiété, insomnie)
- Syndrome délirant
- De thématique riche et multiple

- De mécanisme polymorphe (hallucinatoire, intuitif, interprétatif, imaginatif)
- Non systématisé
- Adhésion totale
- Troubles du comportement, troubles de la conscience
- Insomnie, anorexie, fébricule, déshydratation
- Sans étiologie organique

14 Quels sont les principaux diagnostics différentiels psychiatriques d'une BDA ?

- Schizophrénie
- Mélancolie délirante
- Manie délirante
- Psychose sous toxique
- Confusion mentale

15 Quel est le pronostic évolutif d'une BDA ?

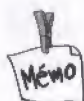
- Guérison totale : 50 %
- Récidive : 25 %
- Chronicité : 25 %

16 Quel est le traitement d'une BDA ?

- Urgence psychiatrique
- Éliminer une organicité et une prise de toxiques
- Hospitalisation (HDT si refus de soins)
- Traitement des désordres hydro-électrolytiques et réhydratation
- Traitement par neuroleptique sédatif et antiproductif : cyamémazine (Tercian®) et halopéridol (Haldol®)
- Par voie orale sinon parentérale (IM)
- Surveillance psychique (régression des symptômes)
- Surveillance physique (pouls, température, tension artérielle, effets secondaires des neuroleptiques)
- Suivi psychothérapeutique

Question
n° 191

Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique



- ❖ Urgence médicale
- ❖ Rechercher une cause organique
- ❖ Traitement étiologique
- ❖ Rechercher un trouble psychiatrique sous-jacent et le traiter
- ❖ Traitement : benzodiazépines
- ❖ Récurrence d'attaque de panique = trouble panique
- ❖ Traitement par antidépresseurs et psychothérapie
- ❖ Règles hygiéno-diététiques

1 Définir une attaque de panique (AP).

.....

2 Quelles sont les manifestations physiques de l'AP ?

.....

3 Quelles sont les manifestations psychiques de l'AP ?

.....

4 Quelles sont les manifestations comportementales d'une attaque de panique ?

.....

5 Quelles sont les différentes étiologies d'une attaque de panique ?

.....

6 Dans quelles pathologies psychiatriques peut-on rencontrer des attaques de panique ?

.....

7 Quels sont les diagnostics différentiels d'une crise d'angoisse ?

.....

8 Quand proposez-vous une hospitalisation face à une attaque de panique ?

.....

9 Quelle est la prise en charge thérapeutique d'une crise d'angoisse aiguë ?

.....

10 Faut-il prescrire des examens complémentaires devant une attaque de panique ?

.....

1 Définir une attaque de panique (AP).

- Peur sans objet
- Début brutal
- Durée brève
- Fin brutale
- Manifestations physiques, psychiques et comportementales

2 Quelles sont les manifestations physiques de l'AP ?

- Dyspnée, gêne respiratoire
- Tachycardie, douleur thoracique, palpitations
- Sueurs, bouffées vasomotrices
- Diarrhée, nausées, vomissements, douleur abdominale
- Fuite urinaire, pollakiurie
- Tremblements, faiblesse des membres inférieurs, vertiges

3 Quelles sont les manifestations psychiques de l'AP ?

- Peur de mourir
- Peur de perdre la raison ou le contrôle de soi
- Peur de commettre un acte répréhensible par la loi ou la morale
- Sentiment de dépersonnalisation
- Sentiment de déréalisation

4 Quelles sont les manifestations comportementales d'une attaque de panique ?

- Agitation
- Comportement de fuite
- Actes auto ou hétéroaggressifs
- Prostration

5 Quelles sont les différentes étiologies d'une attaque de panique ?

- Pathologies psychiatriques
- Pathologies organiques
- Iatrogène
- Agression physique
- Réaction de deuil

6 Dans quelles pathologies psychiatriques peut-on rencontrer des attaques de panique ?

- Névroses
- Bouffée délirante aiguë
- Mélancolie
- Schizophrénie
- Confusion mentale
- Alcoolisme
- Toxicomanie

7 Quels sont les diagnostics différentiels d'une crise d'angoisse ?

- Cardiaque : coronaropathie, prolapsus de la valve mitrale, trouble du rythme, HTA
- Pulmonaire : asthme, OAP, embolie pulmonaire, pneumothorax
- Métabolique : hypoglycémie
- Endocrinien : hyperthyroïdie, hyperparathyroïdie, phéochromocytome
- Digestive : perforation d'ulcère, colique hépatique ou néphrétique, pancréatite
- Gynécologique : rupture de GEU
- Neurologique : épilepsie (temporale), vertiges, AIT
- Sevrage (opiacés, alcool, barbituriques, benzodiazépines)
- Intoxication (amphétamines, LSD, cocaïne, alcool, benzodiazépines)

8 Quand proposez-vous une hospitalisation face à une attaque de panique ?

- Origine organique
- Risque suicidaire
- Inefficacité du traitement aux urgences
- Pathologie psychiatrique à explorer

9 Quelle est la prise en charge thérapeutique d'une crise d'angoisse aiguë ?

- Urgence médicale
- Hospitalisation si nécessaire
- Isolement du patient
- Conduite calme et rassurante

- Examen clinique (rechercher une organicité et une iatrogénie)
- Examens complémentaires si nécessaire
- Traitement anxiolytique par voie IM ou per os : benzodiazépine diazépam (Valium®)
- Surveillance clinique (efficacité et tolérance du traitement)
- Orientation de la prise en charge en fonction de l'étiologie
- Organiser le suivi psychiatrique
- Psychothérapie
- Prévention des récives en cas de trouble panique

10 Faut-il prescrire des examens complémentaires devant une attaque de panique ?

- Oui
- Quand une organicité est suspectée

Question
n° 266

Névrose



- ❖ 4 types principaux : angoisse, phobique, obsessionnelle, hystérique
- ❖ Troubles fréquents
- ❖ Éliminer une organicité
- ❖ Complications communes : dépression, suicide, alcoolisme, addiction
- ❖ Traitement : benzodiazépines ± antidépresseurs
- ❖ Psychothérapie +++
- ❖ Règles hygiéno-diététiques

1 Définir le terme de névrose.

.....

2 Citer les différents types de névroses.

.....

3 Quelles sont les complications communes aux troubles anxieux ?

.....

4 Définir l'anxiété généralisée.

.....

5 Quel est le principe du traitement de l'anxiété généralisée ?

.....

6 Définir une phobie.

.....

7 Quels sont les principaux types de phobie ?

.....

8 Définir l'agoraphobie.

9 Définir la phobie sociale.

10 Quelles sont les complications de l'agoraphobie et de la phobie sociale ?

11 Quel est le traitement de la phobie sociale ?

12 Définir une névrose obsessionnelle.

13 Définir le Trouble obsessionnel et compulsif (TOC).

14 Définir les obsessions.

15 Définir les compulsions.

16 Quelles sont les complications possibles du TOC ?

17 Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique d'un TOC ?

18 Quelle est la définition d'une névrose hystérique ?

19 Quels sont les différents troubles de conversion psychiques ?

20 Quels sont les différents troubles de conversion somatiques ?

.....

21 Quels sont les arguments en faveur d'un trouble de conversion ?

.....

22 Que rechercher aux examens cliniques et complémentaires ?

.....

23 Quelles sont les complications de la névrose hystérique ?

.....

24 Quels sont les principes de prise en charge de la névrose hystérique ?

.....

25 Définir l'état de stress post-traumatique.

.....

1 Définir le terme de névrose.

- Trouble d'expression psychique, somatique ou/et comportementale
- Sans étiologie organique
- Ressenti comme étranger et indésirable par le sujet
- Sans perturbation de l'identité et de l'expérience de la réalité
- Durable ou récidivant

2 Citer les différents types de névroses.

- Névrose d'angoisse (trouble anxieux généralisé et trouble panique)
- Névrose phobique
- Névrose obsessionnelle (trouble obsessionnel compulsif)
- Névrose hystérique (trouble de conversion)
- Névrose traumatique (état de stress post-traumatique)

3 Quelles sont les complications communes aux troubles anxieux ?

- Épisode dépressif
- Tentative de suicide
- Alcoolisme
- Toxicomanie
- Consommation excessive d'anxiolytiques
- Évolution vers une autre névrose
- Troubles psychosomatiques : HTA, ulcère, coronaropathie...

4 Définir l'anxiété généralisée.

- Anxiété et soucis excessifs
- Non contrôlable
- Agitation, irritabilité
- Perturbation du sommeil
- Durée d'au moins 6 mois
- Sans étiologie organique ou toxique

5 Quel est le principe du traitement de l'anxiété généralisée ?

- Arrêt des excitants (tabac, café, alcool, thé), sports, relaxation
- Traitement ambulatoire ou hospitalier selon la sévérité des troubles
- Traitement par benzodiazépines (cure de courte durée) au début
- Traitement antidépresseur : tricyclique ou IRSNA
- Surveillance de l'efficacité clinique
- Surveillance de la tolérance médicamenteuse
- Psychothérapie (analytique, de soutien ou cognitivo-comportementale)
- Règles hygiéno-diététiques

6 Définir une phobie.

- Peur :
 - persistante et intense
 - irraisonnée
 - incontrôlable
 - déclenchée en présence d'un objet ou d'une situation particulière
 - sans danger réel
- Conduites d'évitement
- Demande de réassurance ou utilisation d'objets contraphobiques

7 Quels sont les principaux types de phobie ?

- Agoraphobie
- Phobie simple
- Phobie sociale

8 Définir l'agoraphobie.

- Phobie des lieux dont il serait difficile de s'échapper ou de trouver du secours
- Ex. : espaces publics, foule, voyages, déplacements

9 Définir la phobie sociale.

- Peur d'être exposé à l'observation attentive d'autrui (parler, manger en public)
- Peur du regard et du jugement d'autrui
- Anxiété anticipatoire
- Conduites d'évitement
- Attitudes contraphobiques

10 Quelles sont les complications de l'agoraphobie et de la phobie sociale ?

- Rémissions
- Rechutes
- Dépression
- Tentative de suicide
- Alcoolisme
- Toxicomanie
- Isolement socio-professionnel

11 Quel est le traitement de la phobie sociale ?

- Traitement ambulatoire
- Psychothérapie comportementale et cognitive (affirmation de soi)
- Traitement antidépresseur : paroxétine (Deroxat®)
- Propanolol (Avlocardyl®) en cas d'anxiété de performance
- Surveillance de l'efficacité clinique
- Surveillance de la tolérance médicamenteuse

12 Définir une névrose obsessionnelle.

- Association :
 - d'une personnalité obsessionnelle
 - et de troubles obsessionnels et compulsifs

13 Définir le Trouble obsessionnel et compulsif (TOC).

- Présence chez un même sujet d'obsessions et de compulsions

14 Définir les obsessions.

- Pensées ou images :
 - récurrentes et persistantes
 - intrusives et inappropriées
 - caractère pénible
 - caractère absurde
 - impossibles à chasser
- Trois types principaux : idéatives, phobiques, impulsives

15 Définir les compulsions.

- **Acte mental ou comportement :**
 - répétitifs
 - que le sujet est contraint d'accomplir
 - répondent à une obsession
 - caractère absurde
 - sous peine d'angoisse
- Deux types principaux : lavage, vérification

16 Quelles sont les complications possibles du TOC ?

- Épisode dépressif
- Suicide
- Alcoolisme
- Désinsertion socioprofessionnelle

17 Quels sont les principes de la prise en charge thérapeutique d'un TOC ?

- Instauration du traitement en ambulatoire ou en hospitalisation si nécessaire
- Traitement antidépresseur : tricycliques ou IRS
- Prise en charge psychothérapeutique (thérapie comportementale et cognitive, psychanalyse)
- Surveillance de l'efficacité clinique
- Surveillance de la tolérance médicamenteuse

18 Quelle est la définition d'une névrose hystérique ?

- Association d'une personnalité hystérique et de symptômes de conversion

19 Quels sont les différents troubles de conversion psychiques ?

- Amnésie dissociative
- Fugue dissociative
- Stupeur dissociative
- État de transe et de possession
- Personnalité multiple

20 Quels sont les différents troubles de conversion somatiques ?

- Troubles moteurs dissociatifs : astasie-abasie, paralysie
- Troubles sensitifs dissociatifs : dysesthésies, perte de sensibilité
- Troubles sensoriels dissociatifs : surdité, cécité
- Convulsions dissociatives
- Crises d'agitation clastiques

21 Quels sont les arguments en faveur d'un trouble de conversion ?

- Présence de symptômes physiques, psychiques ou comportementaux
- Présentation et évolution variables
- Sensibles à la suggestion
- Inconscients
- Touchant les organes de relation
- Sans étiologie organique
- Installation et résolution brusques
- Recherche de bénéfices secondaires
- « Belle indifférence » du sujet vis-à-vis des troubles

22 Que rechercher aux examens cliniques et complémentaires ?

- Étiologie organique

23 Quelles sont les complications de la névrose hystérique ?

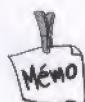
- Hospitalisations et explorations médicales multiples
- Dépression
- Suicide
- Addiction
- Chronicisation des troubles
- Isolement socioprofessionnel

24 Quels sont les principes de prise en charge de la névrose hystérique ?

- Éliminer une étiologie organique (bilan clinique et para-clinique)
- Ne pas induire ou renforcer les symptômes
- Isolement du milieu familial
- Traitement ambulatoire
- Éviter les hospitalisations et les explorations inutiles
- Réduire les bénéfices secondaires
- Psychothérapie analytique

25 Définir l'état de stress post-traumatique.

- Antécédent de traumatisme soudain et violent
- Syndrome de répétition (flashback ou cauchemars)
- Réaction de sursaut
- Hypervigilance



- ❖ Schizophrénie : 1 % (prévalence)
 - début adulte jeune
 - dissociation, délire paranoïde, repli sur soi
 - traitement par antipsychotique/neuroleptique
 - importance des mesures sociales
- ❖ Délire paranoïaque : rare
 - délire systématisé, pas de dissociation
 - adaptation socioprofessionnelle longtemps préservée
 - dangerosité si persécuteur désigné (HO)
- ❖ Autres délires chroniques non dissociatifs : PHC (Psychose hallucinatoire chronique), paraphrénie

I. GÉNÉRALITÉS

1 Quels sont les critères classiques de différenciation névroses-psychooses ?

.....

2 Quels éléments fondamentaux permettent de caractériser un délire ?

.....

3 Quels sont les principaux mécanismes générateurs du délire ?

.....

4 Quels sont les thèmes délirants rencontrés ?

.....

5 Quelles sont les deux modalités d'organisation d'un délire ?

.....

6 Qu'est-ce qu'un délire paranoïde ?

.....

7 Qu'est-ce qu'un délire de type paranoïaque ?

8 Qu'est-ce qu'un délire en secteur ?

9 Définir l'automatisme mental.

10 Quelles sont les différents types de psychose chronique ?

II. SCHIZOPHRÉNIE

11 Quelle est l'épidémiologie de la schizophrénie ?

12 Quels sont les trois axes cliniques la schizophrénie ?

13 Quels sont les critères diagnostiques de la schizophrénie ?

14 Quels sont les symptômes cliniques observés dans le syndrome dissociatif ?

15 Quelles sont les caractéristiques du délire dans la schizophrénie ?

16 Quelles sont les formes cliniques de la schizophrénie ?

17 On parle parfois de symptômes positifs ou négatifs dans la schizophrénie, de quoi s'agit-il ?

18 Quel est le pronostic de la schizophrénie ?

19 Quels sont les trois objectifs fondamentaux du projet thérapeutique ?

20 Qu'est-ce qu'une schizophrénie résistante ?

21 Quels sont les facteurs de bon et de mauvais pronostic dans la schizophrénie ?

22 Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant de différencier le TOC et la schizophrénie ?

23 Quelle est la personnalité pré-morbide que l'on peut retrouver dans la schizophrénie ?

24 Quelles sont les modes d'entrée habituellement observés dans la schizophrénie ?

III. PSYCHOSES NON DISSOCIATIVES

25 Quels sont les trois grands groupes de délires chroniques non schizophréniques ?

26 Quelles sont les caractéristiques cliniques des délires de type paranoïaque ?

27 Quels sont les différents délires paranoïaques ?

28 Quels sont les différents délires passionnels ?

29 Quelles sont les évolutions possibles des délires de type paranoïaque ?

.....

30 Quels sont les indices de dangerosité des délires de type paranoïaque ?

.....

31 Quels sont les principes de prise en charge des délires paranoïaques ?

.....

32 Quelles sont les personnalités prémorbide aux délires paranoïaques ?

.....

33 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la PHC ?

.....

34 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la paraphrénie ?

.....

I. GÉNÉRALITÉS

1 Quels sont les critères classiques de différenciation névroses-psychozes ?

- Névrose : conservation du contact avec le réel ; conscience du caractère morbide du trouble ; pas de symptômes explicitement psychotiques associés ; présence de symptômes évocateurs troubles névrotique (phobies, obsessions, conversion...)
- Psychose : rupture avec la réalité (voire création néo-réalité) ; aucune conscience du caractère morbide du trouble ; parfois symptômes d'allure névrotique associés ; présence de symptômes évocateurs d'un trouble psychotique (délire, discordance, hallucination...)

2 Quels éléments fondamentaux permettent de caractériser un délire ?

- Âge et mode de début (brutal ou progressif)
- Ses mécanismes (comment est construit le délire)
- Ses thèmes (quelle histoire raconte le délire ?)
- Son organisation (communicable ou non ?)
- Sa durée (aiguë, chronique)
- Adhésion au contenu (critique ou non)
- Réaction-comportement (auto ou hétéro-aggressivité, participation affective, thymique, angoisse, attitudes d'écoute...)

3 Quels sont les principaux mécanismes générateurs du délire ?

- Fausses perceptions : illusions (déformation ou dénatura-tion d'un objet réel)
- Hallucinations (perception sans objet à percevoir) hallucinations psychosensorielles = hallucinations vraies (visuelles, olfactives, auditives) hallucinations psychiques (voix intérieur, télépathie, automatisme mental)
- Distorsions du jugement : interprétation (jugement faux porté sur perception exacte)
- Proliférations imaginaires : fabulations
- Intuitions : impressions subites s'imposant comme une évidence (sans aucun élément objectivable)

4 Quels sont les thèmes délirants rencontrés ?

- Idées de persécution : très fréquentes en psychiatrie, aspécifiques (paranoïa, dépression, démence...)
- Idées de grandeur ou de mégalomanie (richesse, surestimation capacités, filiation princière...)
- Hypochondrie délirante
- Idées mystiques
- Idées de jalousie (conviction délirante d'être trompé(e))
érotomanie (conviction délirante d'être aimé(e))
- Idées d'indignité
- Idées d'incurabilité
- Idées de négation : disparition d'un organe, d'une personne
- Syndrome d'influence

5 Quelles sont les deux modalités d'organisation d'un délire ?

- Délire systématisé : organisé, possédant une certaine logique communicable
- Délire non systématisé : délire flou, sans logique interne, difficilement communicable et compréhensible

6 Qu'est-ce qu'un délire paranoïde ?

- Délire non systématisé
- Mécanismes polymorphes
- Thèmes intriqués, nombreux
- Adhésion importante
- Syndrome de dépersonnalisation souvent associé

7 Qu'est-ce qu'un délire de type paranoïaque ?

- Délire systématisé en secteur ou en réseau
- Un mécanisme prévalent
- Un thème prévalent
- Adhésion totale pouvant entraîner celle de l'entourage

8 Qu'est-ce qu'un délire en secteur ?

- Délire qui ne concerne qu'un seul domaine de la vie du sujet (travail, amour)
- L'évolution peut se faire par extension dans d'autres domaines : on parle alors de délire en réseau

9 Définir l'automatisme mental.

- Syndrome hallucinatoire caractérisé par le fonctionnement automatique, spontané et dissident d'une partie de l'activité psychique
- Entraîne la conviction délirante que le sujet n'est plus maître de sa volonté
- Il est influencé par une force étrangère et extérieure qui contrôle son activité psychique en dirigeant ses actes, sa pensée, ses perceptions (syndrome d'influence)

10 Quelles sont les différents types de psychose chronique ?

- Psychoses dissociatives : les schizophrénies
- Délires chroniques non dissociatifs (ou non schizophréniques) : délires de type paranoïaque ; psychoses hallucinatoires chroniques ; paraphrénies

II. SCHIZOPHRÉNIE

11 Quelle est l'épidémiologie de la schizophrénie ?

- Prévalence : 1 % de la population
- Débute entre 15 et 30 ans

12 Quels sont les trois axes cliniques la schizophrénie ?

- Syndrome dissociatif
- Délire paranoïde
- Repli sur soi (repli autistique)

13 Quels sont les critères diagnostiques de la schizophrénie ?

- Présence d'au moins 2 des symptômes suivants :
 - idées délirantes
 - hallucinations
 - incohérence du discours
 - comportement désorganisé ou catatonique
 - affects émoussés ou aboulie
- Dysfonctionnement des activités sociales, professionnelles et personnelles
- Durée : signes présents depuis au moins 6 mois

14 Quels sont les symptômes cliniques observés dans le syndrome dissociatif ?

⇒ Il est apparent dans le fonctionnement intellectuel ; la vie affective ; le comportement

- Fonctionnement intellectuel :
 - cours de la pensée : pensée floue, troubles du débit idéique (barrages, fading)
 - système verbal : mutisme, impulsions verbales, schizophasies (symbolique personnelle du discours), néologismes, trouble de l'intonation
 - système logique : rationalisme morbide, pensée magique
 - trouble de l'attention et de la concentration
 - relâchement des associations donnant un discours allusif et hermétique (peu compréhensible)
- Au niveau de la vie affective :
 - indifférence : athymhormie
 - réactions émotives inappropriées, paradoxales, imprévisibles
 - ambivalence importante
 - régression psychoaffective
- Au niveau comportemental :
 - bizarreries : théâtralisme baroque, maniérisme
 - aboulie, apragmatisme, paramimie (sourires discordant)
 - négativisme psychomoteur : clinophilie, fugue, mutisme, oppositionnisme (refus main tendu, occlusion forcée des paupières), catatonie
 - impénétrabilité des motifs de certains actes

15 Quelles sont les caractéristiques du délire dans la schizophrénie ?

- Délire paranoïde

16 Quelles sont les formes cliniques de la schizophrénie ?

- Schizophrénie paranoïde
- Hébéphrénie (type désorganisé du DSM IV)
- Schizophrénie catatonique
- Forme pseudo-névrotique
- Forme dysthymique (trouble schizo-affectif du DSM IV)
- Héboïdophrénie
- Schizophrénie simple

17 On parle parfois de symptômes positifs ou négatifs dans la schizophrénie, de quoi s'agit-il ?

- Cette distinction correspond à un autre mode de classification en type I (ou productifs) et type II (déficitaires) :
 - symptômes positifs : relâchement des associations, hallucinations, comportement bizarre et logorrhée
 - symptômes négatifs : émoussement affectif, pauvreté du discours ou du contenu, barrages, absence de motivation, retrait social, altérations cognitives et troubles attentionnels
 - type I associé à une meilleure réponse aux neuroleptiques

18 Quel est le pronostic de la schizophrénie ?

- 10 % de suicide
- 1/3 est capable de mener une vie normale
- 1/3 présente des symptômes caractéristiques mais compatibles avec vie sociale
- 1/3 présente évolution défavorable marquée par de nombreuses hospitalisations (10 % nécessiteraient une prise en charge institutionnelle au long cours)

19 Quels sont les trois objectifs fondamentaux du projet thérapeutique ?

- Biologique : chimiothérapie neuroleptique au long cours
- Psychothérapique : psychothérapie de soutien, thérapie institutionnelle, familiale...
- Sociothérapique : favoriser ou maintenir l'insertion sociale



Ne pas oublier mesures de protection des biens si nécessaire

20 Qu'est-ce qu'une schizophrénie résistante ?

- Trouble n'ayant pas répondu aux traitements neuroleptiques usuels à dose et de durée suffisantes
- Indication de la clozapine (Leponex®)

21 Quels sont les facteurs de bon et de mauvais pronostic dans la schizophrénie ?

- Facteurs de bon pronostic :
 - début tardif
 - facteurs déclenchants évidents
 - début aigu
 - ATCD de bonne adaptation prémorbide sur le plan social, sexuel et professionnel
 - trouble de l'humeur
 - mariage
 - ATCD familiaux de troubles de l'humeur
 - bon système de soutien
 - symptômes positifs
- Facteurs de mauvais pronostic :
 - début précoce
 - absence de facteurs déclenchants
 - mauvaise adaptation pré-morbide
 - composante autistique forte
 - célibataires, divorcé, veuf
 - ATCD familiaux de schizophrénie
 - mauvais système de soutien
 - symptômes négatifs
 - ATCD traumatismes périnataux
 - absence de rémission sur 3 ans
 - nombreuses rechutes
 - ATCD agressivité

22 Quelles sont les caractéristiques cliniques permettant de différencier le TOC et la schizophrénie ?

- Dans la schizophrénie avec compulsions ou obsessions (pseudo-obssessionnelle) :
 - pas de lutte anxieuse
 - bizarreries des compulsions, rituels peu élaborés
 - caractère non permanent, fluctuant des troubles d'allure obsessionnelle
 - rechercher les signes habituels de la schizophrénie (délire, dissociation)

23 Quelle est la personnalité pré-morbide que l'on peut retrouver dans la schizophrénie ?

- **Personnalité schizoïde**

24 Quelles sont les modes d'entrée habituellement observés dans la schizophrénie ?

- **Aigu** : bouffée délirante aiguë
- **Insidieux** : baisse du rendement, modification du caractère
- **Pseudo-névrotique**
- **Comportements addictifs** (alcoolisme, toxicomanie)
- **Troubles des conduites** : impulsions suicidaires, agitation

III. PSYCHOSES NON DISSOCIATIVES

25 Quels sont les trois grands groupes de délires chroniques non schizophréniques ?

- **Délires paranoïaques**
- **Psychose hallucinatoire chronique**
- **Paraphrénie**

26 Quelles sont les caractéristiques cliniques des délires de type paranoïaque ?

- **Délires non dissociatifs**
- **En secteur ou en réseau**
- **Mécanisme principalement interprétatif**
- **Bonne adaptation à la réalité**

27 Quels sont les différents délires paranoïaques ?

- **Délire d'interprétation (folie raisonnée)**
- **Délires passionnels** : érotomaniaque, de jalousie, de revendication
- **Délire de relation des sensitifs (paranoïa sensitive)**

28 Quels sont les différents délires passionnels ?

- **Délire de revendication**
- **Délire érotomaniaque**
- **Délire de jalousie**

29 Quelles sont les évolutions possibles des délires de type paranoïaque ?

- Stabilité à bas bruit
- Réaction agressive envers persécuteurs
- Extension d'un délire en secteur vers délires en réseau
- Dépressive (et risque suicidaire non négligeable)
- Alcool-dépendance

30 Quels sont les indices de dangerosité des délires de type paranoïaque ?

- Degré d'adhésion au contenu délirant
- Persécuteur désigné
- Sthénicité avec multiplication des revendications

31 Quels sont les principes de prise en charge des délires paranoïaques ?

- Hospitalisation si risque hétéroagressif (HO) ou si dépression secondaire (HL car souvent demande)
- Traitement médicamenteux : neuroleptique, avec intérêt des Neuroleptiques d'action prolongée (NAP)
- Approche psychothérapeutique prudente, connaître possibilité d'être inclus dans système délirant

32 Quelles sont les personnalités prémorbides aux délires paranoïaques ?

- Personnalité paranoïaque
- Personnalité sensitive dite de Kretschmer

33 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la PHC ?

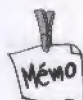
- Pas de dissociation
- Début tardif
- Mécanismes essentiellement et richement hallucinatoires
- Thèmes de persécution, mystiques, sexuels
- Retentissement modéré sur la vie sociale (au moins au début)

34 Quelles sont les caractéristiques cliniques de la paraphrénie ?

- Mécanismes « imaginatifs »
- Thèmes variables ± systématisés : filiation, fantastique
- Adaptation sociale longtemps préservée

Question
n° 285

Trouble de l'humeur. Psychose maniaco-dépressive



- ❖ Dépression = humeur triste + ralentissement psychomoteur et syndrome physique
- ❖ Manie : humeur euphorique + excitation psychomotrice + syndrome physique
- ❖ Dépression : traitement par antidépresseur ou psychothérapie (sévérité)
- ❖ Manie : traitement par neuroleptique et thymorégulateur
- ❖ PMD : prévention par thymorégulateur
- ❖ Lithium = traitement thymorégulateur de référence
- ❖ Éducation du patient
- ❖ Penser à éliminer une organicité et une iatrogénie

1 Décrire le syndrome dépressif.

.....

2 Quelles sont les formes cliniques de dépression ?

.....

3 Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une dépression mélancolique ?

.....

4 Quels thèmes peut-on observer dans une dépression délirante ?

.....

5 Quelles sont les spécificités de la dépression saisonnière ?

.....

6 Quels sont les diagnostics différentiels psychiatriques d'un épisode dépressif ?

.....

7 Quelles sont les causes organiques de dépression ?

.....

8 Quelle principale étiologie endocrinienne rechercher devant un épisode dépressif ?

.....

9 Quel examen biologique proposer devant un syndrome dépressif ?

.....

10 Citer les principaux médicaments dépressogènes.

.....

11 Quelles sont les évolutions possibles d'un syndrome dépressif ?

.....

12 Quelles sont les formes évolutives de la dépression ?

.....

13 Quelles sont les complications d'un syndrome dépressif ?

.....

14 Devant quels arguments hospitaliser un patient dépressif ?

.....

15 Quels sont les principes de traitement d'un syndrome dépressif ?

.....

16 Décrire le syndrome maniaque.

.....

17 Quels thèmes peut-on observer dans une manie délirante ?

.....

18 Quels sont les diagnostics différentiels psychiatriques d'un épisode maniaque ?

.....

- 19** Quelles sont les causes organiques de syndrome maniaque ?
- 20** Citer des médicaments pouvant induire un syndrome maniaque.
- 21** Comment rechercher une cause neurologique à une dépression ou une manie ?
- 22** Quelle mesure de protection des biens proposer devant un patient maniaque ?
- 23** Quels sont les principes de traitement d'un épisode maniaque ?
- 24** Quels sont les différents types de PMD ?
- 25** Quels sont les traitements préventifs de la PMD ?
- 26** Quelles sont les indications des sismothérapies (ECT) ?
- 27** Quel est le bilan préthérapeutique des sismothérapies ?
- 28** Quelles sont les contre-indications absolues des sismothérapies ?

1 Décrire le syndrome dépressif.

- **Syndrome mental :**
 - humeur dépressive ± idées suicidaires
 - ralentissement psychomoteur
- **Syndrome physique :**
 - insomnie
 - anorexie
 - asthénie
 - troubles de la libido

2 Quelles sont les formes cliniques de dépression ?

- Dépression mélancolique
- Dépression délirante
- Dépression anxieuse
- Dépression confuse
- Dépression stuporeuse
- Dépression masquée
- Dépression d'involution

3 Quelles sont les caractéristiques cliniques d'une dépression mélancolique ?

- Forme clinique de dépression grave
- Intensité de l'humeur dépressive (douleur morale)
- Idées délirantes : ruine, culpabilité, indignité
- Risque suicidaire ++
- Importance du ralentissement psychomoteur
- Importance du syndrome physique

4 Quels thèmes peut-on observer dans une dépression délirante ?

- Indignité
- Culpabilité
- Persécution
- Ruine
- Hypochondriaque

5 Quelles sont les spécificités de la dépression saisonnière ?

- **Syndrome dépressif**
- **Apparition durant l'automne ou l'hiver**
- **Amélioration durant le printemps ou l'été**
- **Hypersomnie**
- **Hyperphagie**
- **Traitement par luminothérapie**

6 Quels sont les diagnostics différentiels psychiatriques d'un épisode dépressif ?

- **Tristesse normale**
- **État de deuil**
- **État anxieux**
- **Confusion mentale**
- **Schizophrénie**
- **Névroses**

7 Quelles sont les causes organiques de dépression ?

- **Infectieuse : syphilis tertiaire, SIDA**
- **Endocrinienne : hypothyroïdie, hyperparathyroïdie, maladie de Cushing, maladie d'Addison**
- **Maladie systémique : LED, PAR**
- **Neurologique : SEP, Parkinson, TC, épilepsie, tumeur cérébrale, démence**
- **Nutritionnelle**
- **Néoplasique**

8 Quelle principale étiologie endocrinienne rechercher devant un épisode dépressif ?

- **Hypothyroïdie**

9 Quel examen biologique proposer devant un syndrome dépressif ?

- **Bilan thyroïdien : T4 libre, TSH ultrasensible**

10 Citer les principaux médicaments dépressogènes.

- **Corticoïdes**
- **Réserpine**
- **Alphamethyl dopa**
- **Cimétidine**

- Indométacine
- Neuroleptiques (phénothiazines)
- Bêtabloquants
- Anticholinestérases
- Contraception orale
- Isoniazide

11 Quelles sont les évolutions possibles d'un syndrome dépressif ?

- Favorable sous traitement
- Rechutes
- Récidives uniques ou multiples
- Chronicité

12 Quelles sont les formes évolutives de la dépression ?

- Psychose maniaco-dépressive (trouble bipolaire)
- Dépression récurrente (trouble unipolaire)
- Dépression névrotico-réactionnelle
- Dépression chronique (> 2 ans)

13 Quelles sont les complications d'un syndrome dépressif ?

- Risque suicidaire
- Alcoolisme
- Toxicomanie
- Anxiété
- Isolement socioprofessionnel

14 Devant quels arguments hospitaliser un patient dépressif ?

- Risque suicidaire
- Risque vital (anorexie totale)
- Retentissement somatique (amaigrissement)
- Dépression mélancolique
- Dépression délirante

15 Quels sont les principes de traitement d'un syndrome dépressif ?

- Ambulatoire ou hospitalisation si sévère (HDT si besoin)
- Urgence médicale si mélancolie ou risque suicidaire
- Prévention du risque suicidaire
- Éliminer une étiologie organique

- Correction des troubles hydro-électrolytiques, réhydratation
- Éliminer une contre-indication au traitement (tricycliques notamment)
- Traitement antidépresseur : tricycliques ou IRS
- Prescription pour une durée de 6 à 12 mois
- Traitement par sismothérapie (ECT) si mélancolie ou contre-indication aux antidépresseurs
- Traitement symptomatique de l'anxiété et de l'insomnie
- Surveillance efficacité et tolérance du traitement
- Psychothérapie

16 Décrire le syndrome maniaque.

- Syndrome mental :
 - exaltation de l'humeur
 - excitation psychomotrice
- Syndrome physique :
 - insomnie sans fatigue
 - hypersexualité

17 Quels thèmes peut-on observer dans une manie délirante ?

- Mégalomanie
- Persécution
- Filiation

18 Quels sont les diagnostics différentiels psychiatriques d'un épisode maniaque ?

- Bouffée délirante aiguë
- Schizophrénie
- Confusion mentale
- Ivresse, intoxication
- Hystérie

19 Quelles sont les causes organiques de syndrome maniaque ?

- Infectieuse : syphilis tertiaire, VIH
- Endocrinienne : hyperthyroïdie
- Maladie de système : LED
- Neurologique : SEP, chorée de Huntington, maladie de Wilson, traumatisme crânien, crises convulsives complexes, AVC, tumeur cérébrale, démence
- Nutritionnelle

20 Citer des médicaments pouvant induire un syndrome maniaque.

- Antidépresseurs
- Hormones thyroïdiennes
- Corticoïdes
- Levodopa
- Isoniazide
- Amphétamines
- Bromocriptine

21 Comment rechercher une cause neurologique à une dépression ou une manie ?

- Examen clinique complet (neurologique +++)
- EEG
- TDM cérébrale avec et sans injection

22 Quelle mesure de protection des biens proposer devant un patient maniaque ?

- Sauvegarde de justice

23 Quels sont les principes de traitement d'un épisode maniaque ?

- Urgence médicale
- Hospitalisation en HDT en milieu spécialisé
- Isolement
- Sauvegarde de justice
- Éliminer une étiologie organique
- Correction des troubles hydro-électrolytiques, réhydratation
- Traitement neuroleptique sédatif per os sinon IM : cyamémazine (Tercian®)
- En l'absence de CI
- Surveillance des effets secondaires et efficacité
- Prévention des rechutes : traitement thymorégulateur
- Psychothérapie
- Surveillance efficacité et tolérance du traitement
- Éducation du patient

24 Quels sont les différents types de PMD ?

- Unipolaire : récurrence d'épisodes dépressifs
- Bipolaire type I : épisodes maniaques seuls ± dépressifs
- Bipolaire type II : épisodes dépressifs récurrents et épisodes hypomaniaques

25 Quels sont les traitements préventifs de la PMD ?

- Carbonate de lithium : Téralithe®
- Carbamazépine : Tégrétol®
- Valpromide : Dépamide®

26 Quelles sont les indications des sismothérapies (ECT) ?

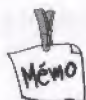
- Dépression mélancolique sévère (dénutrition et déshydratation)
- Mélancolie stuporeuse
- Mélancolie délirante
- Risque suicidaire majeur
- Dépression résistante au traitement antidépresseur
- Contre-indications aux antidépresseurs

27 Quel est le bilan préthérapeutique des sismothérapies ?

- Examen clinique
- Hémogramme, bilan de coagulation, groupe sanguin, Rhésus, bilan rénal et hépatique, ionogramme
- ECG
- EEG
- TDM cérébrale si signes neurologiques d'appel
- Radiographie thoracique face/profil
- Fond d'œil

28 Quelles sont les contre-indications absolues des sismothérapies ?

- Celles de l'anesthésie générale et des curares
- HTA non équilibrée
- Myasthénie
- Coronaropathie grave
- Processus expansif intracrânien
- Anévrismes : cérébral ou aortique
- HTIC
- IDM récent, insuffisance cardiaque sévère
- Ostéoporose grave
- Décollement de rétine
- Anticoagulants, maladies emboligènes
- Traitement par IMAO



- ❖ 6 à 9 % de la population générale
- ❖ Caractéristiques cliniques générales d'un trouble de la personnalité +++
- ❖ Caractéristiques cliniques des troubles de la personnalité paranoïaque, psychopathique, histrionique, anankastique
- ❖ Stabilité du trouble dans le temps
- ❖ Modalités psychothérapeutiques des troubles de la personnalité

I. PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE

1 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité paranoïaque ?

.....

2 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité paranoïaque ?

.....

3 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

.....

4 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP paranoïaques ?

.....

II. PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE (= ANTISOCIALE)

5 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité psychopathique ?

.....

6 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité psychopathique ?

.....

7 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

8 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP psychopathiques ?

III. PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

9 Quelle est la prévalence de la personnalité narcissique ?

10 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité narcissique ?

11 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

12 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP narcissiques ?

IV. PERSONNALITÉ BORDERLINE (= LIMITE)

13 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité borderline ?

14 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité borderline ?

15 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

16 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP borderline ?

V. PERSONNALITÉS SCHIZOÏDE ET SCHIZOTYPIQUE

- 17** Quels sont la prévalence et le sex-ratio des personnalités schizoïdes et schizotypiques ?
-
- 18** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité schizoïde ?
-
- 19** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité schizotypique ?
-
- 20** Quels sont les principaux diagnostics différentiels pour ces 2 TP ?
-
- 21** Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de ces 2 troubles ?
-

VI. PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE

- 22** Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité histrionique ?
-
- 23** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité histrionique ?
-
- 24** Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?
-
- 25** Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP histrioniques ?
-

VII. PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE (= ANANKASTIQUE)

26 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité obsessionnelle ?

.....

27 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité obsessionnelle ?

.....

28 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

.....

29 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP obsessionnelles ?

.....

I. PERSONNALITÉ PARANOÏAQUE

- 1** Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité paranoïaque ?
 - 0,5 à 2,5 %
 - Plus fréquent chez les hommes
- 2** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité paranoïaque ?
 - **Méfiance** : tendance à attribuer des intentions malveillantes
 - **Fausseté du jugement** : pensée paralogique, interprétations fausses, subjectivisme pathologique
 - **Mégalomanie** : d'où découle psychorigidité, intolérance, mépris d'autrui, fanatisme
 - **Inadaptation sociale** : sociabilité faible
- 3** Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?
 - **Trouble délirant** : idées délirantes permanentes et organisées
 - **Schizophrénie paranoïde** : hallucinations et troubles du cours de la pensée
 - **Personnalité antisociale, borderline, schizoïde**
- 4** Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP paranoïaques ?
 - **Psychothérapie de soutien** : mettre l'accent sur la réalité
 - **Chimiothérapie** : anxiolytique type benzodiazépine en cas d'angoisse modérée, neuroleptique type halopéridol en cas d'angoisse majeure

II. PERSONNALITÉ PSYCHOPATHIQUE (= ANTISOCIALE)

- 5** Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité psychopathique ?
 - 3 % des hommes
 - 1 % des femmes

6 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité psychopathique ?

- **Impulsivité** : actes auto ou hétéro agressifs secondaires à des frustrations, incapacité à différer
- **Absence de culpabilité** face aux règles établies, conscience morale peu établie
- **Affectivité superficielle**, insoucieux d'autrui, égocentrisme, manque de confiance
- **Prédominance de l'agressivité**
- **Traits narcissiques, paranoïaques**

7 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

- **Trouble délirant** : idées délirantes permanentes et organisées
- **Personnalité narcissique, borderline**
- **Retard mental** : altération du fonctionnement intellectuel et du jugement

8 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP psychopathiques ?

- **Mauvais pronostic thérapeutique**
- **Psychothérapie de soutien** : mettre l'accent sur la réalité
- **Chimiothérapie** : en général traitement des dépendances médicamenteuses ou toxicomanies

III. PERSONNALITÉ NARCISSIQUE

9 Quelle est la prévalence de la personnalité narcissique ?

- **Moins de 1 % de la population**

10 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité narcissique ?

- **Surestimation de soi** : désir de succès, de pouvoir, de beauté, d'amour idéal
- **Manque d'empathie** : incapacité à se mettre à la place de l'autre pour connaître ses sentiments, indifférence froide
- **Sensibilité extrême au jugement d'autrui** : sentiment de honte, de rage, de dévalorisation, d'humiliation
- **Envie les autres et croit que les autres l'envient**

- 11** Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?
- Trouble délirant : idées délirantes permanentes et organisées
 - Personnalité antisociale, borderline, histrionique
- 12** Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP narcissiques ?
- Psychothérapie individuelle, orientation analytique ou de soutien
 - L'objectif est de préserver l'estime de soi : le patient risquant de se sentir menacé par les interventions du thérapeute

IV. PERSONNALITÉ BORDERLINE (= LIMITE)

- 13** Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité borderline ?
- 2 % de la population
 - Plus fréquent chez les femmes
- 14** Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité borderline ?
- Efforts effrénés pour éviter les abandons
 - Modes de relations interpersonnelles instables (idéali-sation/dévalorisation)
 - Impulsivité (toxicomanie, boulimie, dépenses, sexualité)
 - Automutilations, tentatives de suicide
 - Sentiment chronique de vide/vécu dysphorique
- 15** Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?
- Épisode dépressif caractérisé
 - Trouble délirant : idées délirantes permanentes et organisées
 - Personnalité antisociale, paranoïaque, schizotypique, histrionique, narcissique
- 16** Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP borderline ?
- Psychothérapie individuelle, d'orientation analytique et de soutien
 - Thérapie comportementale peut être utile pour maîtriser l'impulsivité et les accès de colère

- Prescription fréquente de traitements médicamenteux : antidépresseurs, thymorégulateurs, faible dose de neuroleptique type halopéridol à visée anxiolytique
- Hospitalisations en général brèves

V. PERSONNALITÉS SCHIZOÏDE ET SCHIZOTYPIQUE

17 Quels sont la prévalence et le sex-ratio des personnalités schizoïdes et schizotypiques ?

- 3 % de la population
- Plus fréquent chez les hommes

18 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité schizoïde ?

- Isolement affectif et social
- Restriction de la variété émotionnelle
- Froideur, détachement ou émoussement de l'affectivité

19 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité schizotypique ?

- Croyances bizarres ou pensée magique (superstition, télépathie)
- Pensées ou langage bizarres
- Idéations méfiantes, persécutrices, idées de références, non délirantes
- Anxiété excessive en situation sociale ; absence d'amis proches ou de confidents
- Inadéquation ou pauvreté des affects

20 Quels sont les principaux diagnostics différentiels pour ces 2 TP ?

- Schizophrénie
- Trouble délirant : idées délirantes permanentes et organisées
- Personnalités paranoïaque ou limite

21 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques de ces 2 troubles ?

- Principe du traitement de la schizophrénie résiduelle : faible dose de neuroleptique (ex. : Haldol® 2 mg/j)
- Psychothérapie de soutien orientée sur les difficultés relationnelles
- Sociothérapie

VI. PERSONNALITÉ HISTRIIONIQUE

22 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité histrionique ?

- 2 % à 3 % de la population
- Beaucoup plus fréquent chez les femmes que chez les hommes
- Sous-estimation probable du diagnostic chez l'homme

23 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité histrionique ?

- Histrionisme (théâtralisme) : comportement qui vise à plaire, à séduire ; présentation théâtrale
- Hyperexpressivité affective (attachement et détachement des objets avec un manque de mesure, une absence de continuité), troubles caractériels (irritabilité, capricieuse), humeur labile et changeante (crises de larmes et de colère fréquentes)
- Dépendance affective constante ; le plus souvent passive, immature, infantile
- Troubles sexuels (soit crainte soit hypersexualité)

24 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

- Trouble dissociatif
- Personnalité narcissique, borderline

25 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP histrioniques ?

- Psychothérapie individuelle, d'orientation analytique et de soutien
- Thérapie comportementale peut être utile pour maîtriser l'estime de soi et la labilité thymique
- Prescription de traitements médicamenteux lors des manifestations émotionnelles transitoires

VII. PERSONNALITÉ OBSESSIONNELLE (= ANANKASTIQUE)

26 Quels sont la prévalence et le sex-ratio de la personnalité obsessionnelle ?

- 2 % de la population
- Plus fréquent chez les femmes

27 Quelles sont les principales caractéristiques cliniques de la personnalité obsessionnelle ?

- Perfectionnisme entravant l'achèvement des tâches
- Soucis des détails, des règles, des inventaires
- Dévotion excessive pour le travail et la productivité à l'exclusion des loisirs et des amitiés
- Rigide et scrupuleux sur des questions de morale, d'éthique ou de valeurs
- Réticence à déléguer des tâches ou à travailler avec autrui à moins que les autres se soumettent exactement à sa manière de faire les choses
- Avare avec l'argent pour soi-même

28 Quels sont les principaux diagnostics différentiels ?

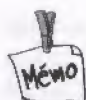
- Trouble obsessionnel compulsif (présence de compulsions et/ou d'obsessions)

29 Quelles sont les grandes modalités thérapeutiques des TP obsessionnelles ?

- Psychothérapie individuelle, d'orientation analytique et de soutien
- Thérapie comportementale peut être utile pour permettre des aménagements plus souples et de lutter contre la soumission, le contrôle et l'intellectualisation
- Prescription de traitements médicamenteux si anxiété ou décompensation dépressive

Question
n° 289

Trouble psychosomatique



- ❖ Tableau trompeur
- ❖ Signes physiques et psychiques
- ❖ Participation de facteurs psychologiques = base de la définition
- ❖ Touche l'adulte mais aussi l'enfant
- ❖ Éliminer une organicité
- ❖ Double prise en charge =
 - traitement symptomatique et étiologique de l'affection
 - prise en charge psychothérapeutique
- ❖ Psychothérapie
- ❖ Règles hygiéno-diététiques

1 Définir le trouble psychosomatique.

.....

2 Donner des exemples de troubles psychosomatiques.

.....

3 Quels sont les troubles psychosomatiques du nourrisson et de l'enfant ?

.....

4 Quels sont les différents types de troubles somatoformes ?

.....

5 Quelle est la description clinique d'un trouble somatisation ?

.....

6 Quels sont les symptômes observables dans un trouble somatisation ?

.....

7 Quelle est la description d'un trouble douloureux ?

.....

8 Quelle est la description clinique d'une hypochondrie ?

.....

9 Quelle est la description clinique d'une peur d'une dysmorphie corporelle ?

.....

10 Donner les principes de la prise en charge d'un trouble psychosomatique

.....

1 Définir le trouble psychosomatique.

- Ensemble de troubles pour lesquels :
 - soit les facteurs psychologiques jouent un rôle majeur dans leur étiologie ou leur entretien (douleurs chroniques)
 - soit les facteurs psychologiques jouent un rôle dans le développement de l'affection somatique (asthme, RCH...)

2 Donner des exemples de troubles psychosomatiques.

- Cardiaque : HTA, coronaropathie
- Gastro-intestinal : ulcère gastro-duodéal, RCH, colopathie fonctionnelle
- Pulmonaire : asthme
- Allergies
- Affections endocriniennes : DID
- Douleurs chroniques, migraines

3 Quels sont les troubles psychosomatiques du nourrisson et de l'enfant ?

- Alimentaires : anorexie, mérycisme
- Gastro-intestinal : coliques idiopathiques, vomissements, mégacolon fonctionnel, ulcère gastro-intestinal, RCH, maladie de Crohn
- Sphinctériens : énurésie, encoprésie
- Respiratoires : spasme du sanglot, asthme
- Cutanés : eczéma, pelade
- Trouble du sommeil
- Neurologiques : migraines, céphalées, hypotonie
- Retard de croissance

4 Quels sont les différents types de troubles somatoformes ?

- Trouble somatisation
- Trouble somatoforme indifférencié
- Trouble de conversion
- Trouble douloureux
- Hypochondrie
- Trouble : « peur d'une dysmorphie corporelle »

5 Quelle est la description clinique d'un trouble somatisation ?

- Plaintes somatiques multiples
- Début avant l'âge de 30 ans
- Durant plusieurs années
- Sans étiologie organique
- Avec retentissement disproportionné
- Absence de simulation ou de provocation volontaire des symptômes
- Retentissement social, professionnel ou affectif

6 Quels sont les symptômes observables dans un trouble somatisation ?

- Gastro-intestinaux : nausées, ballonnements, vomissements, diarrhée
- Sexuel : désintérêt, anomalies de l'érection ou de l'éjaculation, règles irrégulières ou excessives
- Pseudo-neurologique moteur : trouble de la coordination ou de l'équilibre, paralysie ou faiblesse musculaire localisée
- Pseudo-neurologique sensoriel : diplopie, cécité, surdité, perte de la sensibilité tactile ou douloureuse
- Pseudo-neurologiques autres : crises convulsives, amnésie, perte de conscience

7 Quelle est la description d'un trouble douloureux ?

- Douleur intense
- Une ou plusieurs localisations anatomiques
- Souffrance significative
- Altération du fonctionnement social, professionnel
- Rôle des facteurs psychologiques
- Absence de simulation ou de provocation volontaire des symptômes
- Lié ou non à une affection médicale générale

8 Quelle est la description clinique d'une hypochondrie ?

- Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave
- Persistant malgré un bilan médical
- Non délirant
- Souffrance cliniquement significative
- Altération du fonctionnement social, professionnel
- Durant au moins 6 mois

9

Quelle est la description clinique d'une peur d'une dysmorphie corporelle ?

- Préoccupation concernant un défaut imaginaire de l'apparence physique
- Préoccupation manifestement démesurée en cas de léger défaut physique apparent
- Souffrance cliniquement significative
- Altération du fonctionnement social, professionnel

10

Donner les principes de la prise en charge d'un trouble psychosomatique

- Diagnostic d'élimination
- Examen clinique et bilan complémentaire (étiologie organique, toxique, iatrogène)
- Limiter les hospitalisations abusives
- Limiter les prescriptions de médicaments et d'exams complémentaires
- Déculpabiliser et rassurer le patient
- Double prise en charge : médicale et psychiatrique
- Traitement spécifique de l'affection (antimigraineux, anti-ulcéreux...)
- Traitement anxiolytique si besoin
- Traitement antidépresseur à visée antalgique selon les cas
- Mais limiter l'abus et la dépendance aux psychotropes
- Psychothérapie +++
- Règles hygiéno-diététiques

Table des matières

Avant-propos	3
Le programme de psychiatrie.....	5
Questions n° 1 et n° 47	
La relation médecin-malade. L'annonce d'une maladie grave. La formation du patient atteint de maladie chronique. La personnalisation de la prise en charge médicale	
Bases psychopathologiques de la psychologie médicale	7
Question n° 9	
Hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office	13
Question n° 19	
Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum	20
Question n° 32	
Développement psychomoteur du nourrisson et de l'enfant : aspects normaux et pathologiques (sommeil, alimentation, contrôles sphinctériens, psychomotricité, langage, intelligence). L'installation précoce de la relation mère-enfant et son importance. Troubles de l'apprentissage	26
Question n° 39	
Troubles du comportement de l'adolescent	37
Question n° 41	
Troubles anxieux et troubles de l'adaptation.....	45
Question n° 42	
Troubles du comportement alimentaire de l'enfant et de l'adulte	56
Question n° 43	
Troubles du sommeil de l'enfant et de l'adulte	67

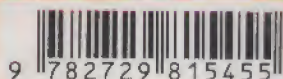
• Questions n° 44 et n° 189	
Risque suicidaire de l'enfant et de l'adulte : identification et prise en charge	
Conduite suicidaire chez l'adolescent et l'adulte	76
Question n° 45	
Addiction et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage. Morbidité, comorbidité et complications. Prise en charge, traitements substitutifs et sevrage : alcool, tabac, psycho- actifs et substances illicites	81
Question n° 48	
Grands courants de la pensée psychiatrique.....	96
Question n° 52	
Le handicap mental.	
Tutelle, curatelle, sauvegarde de justice.....	101
Question n° 63	
Confusion, dépression, démences chez le sujet âgé.....	107
Question n° 70	
Deuil normal et pathologique.....	117
Question n° 177	
Prescription et surveillance des psychotropes	122
Question n° 184	
Agitation et délire aigu.....	134
• Question n° 191	
Crise d'angoisse aiguë et attaque de panique	140
Question n° 266	
Névrose	145
Question n° 278	
Psychose et délire chronique	153
Question n° 285	
Trouble de l'humeur.	
Psychose maniaco-dépressive	165
Question n° 286	
Trouble de la personnalité	174
Question n° 289	
Trouble psychosomatique	184



Parus ou à paraître très prochainement dans la collection

- Cardiologie
- Dermatologie
- Endocrinologie - Diabétologie
- Gynécologie - Obstétrique
- Hématologie
- Hépto-gastro-entérologie et Chirurgie digestive
- Immunopathologie (module 8)
- Néphrologie
- Neurologie
- Ophtalmologie
- ORL - Stomatologie
- Orthopédie - Traumatologie
- Pédiatrie
- Pneumologie
- Psychiatrie
- Santé publique, méd. légale, méd. du travail, méd. sociale, éthique
- Urologie

Révissez aussi vos cours avec la collection RÉUSSIR L'INTERNAT



ISBN 2-7298-1545-7